

James Morrison

Kathryn Flegel

LA ENTREVISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

HABILIDADES Y ESTRATEGIAS PARA EL DIAGNÓSTICO EFICAZ

DEL **DSM-5**[®]



**La entrevista en niños
y adolescentes.**

**Habilidades y estrategias
para el diagnóstico
eficaz del DSM-5[®]**

Primera edición traducida de la segunda edición en inglés

La entrevista en niños y adolescentes.

Habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5[®]

James Morrison

Kathryn Flegel

Traducción:

Mtro. Jesús Cisneros Herrera
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor responsable:

Lic. Georgina Moreno Zarco
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Título original de la obra:

Interviewing Children and Adolescents. Skills and Strategies for Effective DSM-5®, second edition

Copyright© 2016 by The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc

370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001

www.guilford.com

ISBN: 978-1-4625-2693-2

La entrevista en niños y adolescentes. Habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5®

D.R. © 2018 por Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.

ISBN: 978-607-448-671-1 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form-electronic, mechanical, photocopying- without the prior permission in writing from the Publisher.

DSM-5 es una marca registrada ante la oficina de marcas y patentes de Estados Unidos, en favor de la American Psychiatric Association.

DSM-5 es una marca registrada de la American Psychiatric Association.
La APA no participó en la realización de este libro.

DSM-5 is a registered trademark of the American Psychiatric Association.
The APA has not participated in the preparation of this book.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto
Novedades
Distribuciones y más
www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:
Tania Flor García San Juan

Diseño de portada:
LDP. Cynthia Karina Oropeza Heredia



*A los niños y adolescentes de mi vida:
Emily, Jasper, Lucia, Maia, Nikolas, Rebecca y Soren
-J.M.*

*A mi familia: Nicki, Joe y Katie
-K.F.*



Sobre los autores

James Morrison, MD, es *Affiliate Professor* de Psiquiatría en Oregon Health and Science University (OHSU) en Portland. Tiene una gran experiencia tanto en el sector privado como en el público. Por medio de sus aclamados libros prácticos –*DSM-5 Made Easy; Diagnosis Made Easier, Second Edition; The First Interview, Fourth* (La primera entrevista, El Manual Moderno) y *When Psychological Problems Mask Medical Disorders, Second Edition*–, el Dr. Morrison ha guiado a miles de profesionales y estudiantes del ámbito de la salud mental a través de las complejidades de la evaluación y el diagnóstico clínicos.

Kathryn Flegel, MD, es *Assistant Professor* de Psiquiatría Infantil y Adolescente en OHSU. La Dra. Flegel fue médica en una unidad de atención primaria durante 16 años antes de convertirse en psiquiatra. Realizó una residencia en psiquiatría y una investigación con beca en psiquiatría infantil en OHSU, y en la actualidad brinda atención a pacientes internos y externos, niños, adultos y familias. La Dra. Flegel es miembro de la American Psychiatric Association.



Agradecimientos

Nuestra gratitud para Mary Morrison, quien aportó valiosas críticas en distintas etapas de este proyecto. Nuestra editora, Kitty Moore, nuestra correctora, Marie Sprayberry, dieron todo, como siempre. Nuestro reconocimiento también para Anna Brackett, Martin Coleman, David Mitchell y muchos otros de The Guilford Presse, cuyo esfuerzo hizo posible este libro. Asimismo, Patricia Casey y William Lenderking brindaron una ayuda invaluable. Sobre todo, expresamos nuestro agradecimiento a Thomas F. Anders, MD, el psiquiatra infantil que proporcionó mucho material y orientación para la primera edición de este libro.



Lista de abreviaturas

Varias de estas abreviaturas denotan más de un término; el contexto aclara a cuál se refieren. Con excepción del TDAH, la mayoría se usa sólo en los capítulos de la parte II, donde los diversos trastornos son el tema principal.

TA trastorno de adaptación, trastorno de atracones, trastorno de acumulación

TDAH trastorno por déficit de atención/hiperactividad

OAM otra afección médica

AN anorexia nerviosa

TERIA trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

TEA trastorno del espectro autista, trastorno de estrés agudo, trastorno específico del aprendizaje

TPAS trastorno de la personalidad antisocial

TDC trastorno dismórfico corporal, trastorno del desarrollo de la coordinación

IMC índice de masa corporal

BN bulimia nerviosa

TCC terapia cognitivo-conductual

TC trastorno de la conducta, trastorno de conversión

CGAS Children's Global Assessment Scale (Escala Global de Evaluación Infantil)

CM citomegalovirus

TGC tomografía computarizada

AD amnesia disociativa

TDD trastorno de despersonalización / desrealización

TID trastorno de identidad disociativo

TDDEA trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

CD cociente de desarrollo

TRSD trastorno de relación social desinhibida

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EEG electroencefalograma

EMG electromiograma

TFAO trastorno facticio aplicado a otro

TFAU trastorno facticio aplicado a uno mismo

TAG trastorno de ansiedad generalizada

GAF Global Assessment of Functioning (Evaluación global del funcionamiento)

DG disforia de género

VIH virus de inmunodeficiencia humana
OCS organización del cuidado de la salud
HEA historia de la enfermedad actual
CIE Clasificación Internacional de las Enfermedades
CITS Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño
DI discapacidad intelectual
CI cociente intelectual
TL trastorno del lenguaje
EPL con emociones prosociales limitadas (especificador del trastorno de la conducta)
LSD dietilamida de ácido lisérgico
TDM trastorno de depresión mayor
MDMA metilendioxmetanfetamina (“éxtasis”)
IRM imagen de resonancia magnética
EEM examen del estado mental
TNC trastorno neurocognitivo
TSAI trastorno sobreansioso de la infancia (sólo en el DSM-II-R)
TOC trastorno obsesivo-compulsivo
TND trastorno negativista desafiante
AHOS apnea e hipoapnea obstructiva del sueño
SNPA síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo
PCP fenciclidina
TDP trastorno disfórico premenstrual
TEPT trastorno de estrés postraumático
TAR trastorno de apego reactivo
REM movimiento rápido de ojos
TAS trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social
TCS trastorno de la comunicación social
MS mutismo selectivo
TME trastorno de movimientos estereotipados
TF trastorno fonológico
TSS trastorno de síntomas somáticos
TSSPD trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor
TGT trastorno de Gilles la Tourette
WISC Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños



Contenido

[Dedicatoria](#)

[Sobre los autores](#)

[Agradecimientos](#)

[Lista de abreviaturas](#)

[Introducción](#)

[Parte I. Entrevista con niños y adolescentes](#)

[Antecedentes en la valoración de niños y adolescentes](#)

[Capítulo 1. Entrevista con informantes](#)

[Capítulo 2. Estructura de la primera entrevista con el paciente joven](#)

[Capítulo 3. Introducción al desarrollo](#)

[Diversas entrevistas con niños y adolescentes](#)

[Capítulo 4. Entrevista con niños menores de 3 años](#)

[Capítulo 5. Entrevista de juego con una niña de 6 años](#)

[Capítulo 6. Entrevista de juego con un niño de 7 años](#)

[Capítulo 7. Entrevista con una niña de 9 años](#)

[Capítulo 8. Entrevista con el adolescente](#)

[Capítulo 9. La entrevista inicial padre-hijo](#)

[Capítulo 10. El informe escrito](#)

[Parte II. Diagnósticos del DSM-5 aplicables a niños y adolescentes](#)

[Capítulo 11. Trastornos del neurodesarrollo](#)

[Capítulo 12. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos](#)

[Capítulo 13. Trastornos del estado de ánimo](#)

[Capítulo 14. Trastornos de ansiedad](#)

[Capítulo 15. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados](#)

[Capítulo 16. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés](#)

[Capítulo 17. Trastornos disociativos](#)

[Capítulo 18. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados](#)

[Capítulo 19. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos](#)

[Capítulo 20. Trastornos de la excreción](#)

[Capítulo 21. Trastornos del sueño-vigilia](#)

[Capítulo 22. Disforia de género](#)

[Capítulo 23. Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta](#)

[Capítulo 24. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos](#)

[Capítulo 25. Trastornos cognitivos](#)

[Capítulo 26. Trastorno de la personalidad](#)

[Capítulo 27. Otros aspectos del diagnóstico](#)

[Apéndice 1. Materiales de referencia](#)

[Panorama general de los diagnósticos del DSM-5](#)

[Apéndice 3. Cuestionario para padres](#)

Consulte el material descargable en la dirección: www.manualmoderno.com/morrison



Introducción

Hace algunos meses, un perro mordió a Melissa, de 3 años de edad, en la cara. Su historia y presentación estimuló la discusión de su caso en un congreso, la cual se extendió más allá de la causa inmediata que la llevó a consulta.

La abuela materna de Melissa había relatado que siempre fue una niña que todo el tiempo se estaba “retorciendo” y nunca se quedaba quieta mientras le contaba historias. Hacía escándalo cuando le pedían que dejara de ver la televisión o que se acostara a dormir, o incluso cuando le decían que no podían ir a la sección de cereales de una tienda comercial. Al principio, sólo gritaba y manoteaba. Después, cuando se sentía frustrada, pegaba, pateaba y mordía; un berrinche duraba casi media hora. “A veces, necesita un abrazo de oso para calmarse”, dijo su abuela.

En una breve videograbación del día en que fue evaluada, Melissa luce saludable y bien alimentada. Con rapidez abrazó y besó a su abuela antes de que ella se dispusiera de buena gana a irse con el entrevistador, con quien entró en una discusión acalorada acerca de los gatitos, el Monstruo Comegalletas, y su propio dormitorio. Los patrones de habla, vocabulario y actividad motriz parecían adecuados de acuerdo con el desarrollo esperado para su edad.

La madre de Melissa, quien presentaba una discapacidad intelectual, la había concebido cuando vivía en una residencia grupal. Siempre, desde los cuidados prenatales normales y su nacimiento sin complicaciones, Melissa había vivido con su madre y sus abuelos. Recientemente, había empezado a mojar la cama una o dos veces a la semana. En la guardería, empujaba a cualquier niño que se le parara enfrente. A las maestras les preocupaba que su vocabulario fuera muy limitado para su edad.

La acalorada discusión sobre las posibilidades diagnósticas incluyó trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de relación social desinhibida, discapacidad intelectual y enuresis. Un especialista en autismo sugirió, así es, el trastorno del espectro autista. Para cuando se había presentado todo el material reunido, se habían sumado temas de ansiedad y estados de ánimo en el diagnóstico diferencial, además de la reacción al trauma causado por la mordida del perro.

Esta breve presentación de Melissa ilustra los dos principales aspectos en la evaluación de todo paciente -recabar información y hacer el diagnóstico- que constituye el objetivo central de este libro. La técnica de entrevista y el diagnóstico mental de niños y adolescentes son tan interdependientes entre sí, que parece difícil escribir sobre los primeros sin tocar a los segundos. Es por ello que se presentan juntos en un solo volumen. En la primera parte, se habla sobre la entrevista en salud mental tal como se aplica a los jóvenes y sus familias; en la segunda, se aborda la ciencia (y el arte) de hacer diagnósticos.

Obtener información clínica de los jóvenes, sobre todo de niños menores de 12 años, demanda habilidades técnicas especiales y experiencia clínica para entrevistar que son distintas de las que se necesitan en la entrevista con adultos.

1. El vocabulario de los niños es relativamente limitado, y sus perspectivas están delimitadas con mayor claridad que las de los adultos. Los niños más pequeños aún no piensan en términos abstractos; sus procesos de pensamiento tienden a ser concretos. El entrevistador debe ser sensible a la necesidad de todo niño de que le hablen con términos acordes con su nivel de desarrollo para que puedan entenderlos, pero sin sentir que los están tratando con condescendencia.
2. Siempre existe el riesgo de que el paciente omita información necesaria para el diagnóstico, pero un niño, sobre todo, puede no darse cuenta de la importancia de la comunicación abierta y honesta durante la evaluación clínica.
3. Incluso un niño capaz de comprender la importancia de decir todo lo que se le pida puede no darse cuenta de qué información es necesario revelar.
4. Las etapas del desarrollo humano añaden complejidad (e interés) a la entrevista y el proceso de diagnóstico. Para los clínicos que trabajan con menores, es esencial conocer el desarrollo.
5. A veces, la preocupación por la conducta del niño sirve como un medio para abordar el problema real que se encuentra en otro lugar, como los conflictos entre los padres o un trastorno mental personal suyo.
6. La flexibilidad y un espíritu juvenil son de especial importancia para los profesionales de la salud mental que trabajan con niños y adolescentes.

Es necesario diferenciar entre hablar con menores y hablar de ellos o a ellos. Los padres¹ y maestros le hablan a los jóvenes -para instruirlos, a veces para amonestarlos. Los padres hablan con los profesionales de la salud mental o con maestros acerca de sus hijos. Pero la mayoría de los adultos necesita aprender cómo hablar con los niños y adolescentes de tal modo que promuevan la comunicación bidireccional. En eso se enfoca este libro: en los métodos de hablar con niños para obtener la información clínica relevante. Estos métodos necesariamente varían de acuerdo con la edad y la etapa de desarrollo de cada paciente.

Según algunas estimaciones, sólo un poco más de 20% de los niños y adolescentes de EUA (más de 16 millones) tienen un trastorno mental diagnosticable. Muchos son trastornos graves; es decir, provocan un sufrimiento significativo o interfieren con la capacidad del niño o adolescente para estudiar o relacionarse con su familia o amigos. Aunque algunos jóvenes enviados a una evaluación de salud mental no requieren tratamiento, ningún caso podría considerarse trivial. Casi cualquier niño o adolescente enviado a evaluación le habrá causado preocupación a alguien, en algún momento. Esta idea destaca la importancia de obtener toda la información relevante para hacer un diagnóstico preciso de cada paciente que acude con un profesional de la salud mental. Por el momento, hay muy pocos profesionales bien entrenados y sólo pueden evaluar a una pequeña fracción de todos estos pacientes potenciales.

PARTE I. ENTREVISTA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Sobre todo, en el campo de la salud mental de niños y adolescentes, se necesita obtener información de múltiples fuentes siempre que sea posible, incluyendo padres, maestros y otros profesionales de la salud. Los abuelos y otros familiares pueden aportar información útil adicional. Los clínicos deben ser partidarios de equilibrar todas las perspectivas y usar el juicio clínico y de desarrollo para establecer un diagnóstico oportuno para beneficio de los jóvenes.

Los maestros son fuentes de especial valor, en parte porque su amplia experiencia y preparación les da la oportunidad de hacer comparaciones entre los niños enviados a consulta y otros niños de la misma edad. Otra ventaja es que, debido a que su autoestima no suele estar en juego cuando uno de sus alumnos está en evaluación, con frecuencia informan ciertas habilidades y conductas de los niños de un modo más objetivo que los padres. Sin embargo, hay que tener presente que los maestros también tienden a no involucrarse con los jóvenes, a veces tienen una sobrecarga por el número de alumnos de sus grupos y carecen del apoyo adecuado, y pueden sobre generalizar usando etiquetas para facilitar el retiro de niños escandalosos o adolescentes revoltosos del salón de clases. Algunos maestros recomiendan medicamentos para controlar la conducta de un niño o adolescente cuando, en realidad, los problemas que causa son una respuesta a presiones que tienen su origen en el salón de clases.

Algunos principios generales parecen ser universales en todas las entrevistas exitosas. Incluyen la escucha cuidadosa con la mente abierta, dirigir y seguir la conversación, establecer *rapport* y dar seguimiento a las pistas importantes. El entrevistador se debe enfocar no sólo en los problemas, sino también en las fortalezas del niño y la familia, así

como del apoyo con que cuenta. También se debe prestar especial atención a los valores y creencias culturales de la familia. La exposición más académica de estos principios es la de Cox y colaboradores, quien en la década de 1980 publicó una serie de estudios con base en entrevistas con padres cuyos hijos habían sido llevados a evaluación. Los principios que ellos derivaron se aplicaban en casi cualquier paciente, familiar, amigo u otro informante que encuentre el profesional de la salud mental (véase apéndice 1 para encontrar la referencia a la obra de Cox *et al.*).

Aunque la parte I no pretende ser un libro de texto de la entrevista, se presentan algunos métodos que se suelen usar para obtener información diagnóstica de pacientes e informantes. En el capítulo 1 se revisa material pertinente en cualquier entrevista de salud mental. En el capítulo 2 se tratan los pasos necesarios para establecer una relación con un paciente joven. En el capítulo 3 se presenta información de desarrollo relevante en la entrevista inicial, así como un cuadro con indicadores clave del desarrollo.

Para mostrar los principios de la entrevista, el resto de la parte I comprende transcripciones editadas de entrevistas reales. En el capítulo 4 se presenta algo que se ha vuelto un tema frecuente en las discusiones y se ha usado en años recientes: la entrevista con bebés o niños muy pequeños, que en realidad es una entrevista con la madre mientras el clínico interactúa con el niño. Los capítulos 5 a 7 contienen entrevistas que ejemplifican diversas técnicas útiles con niños en edad escolar: juguetes, dibujos y muñecas. En el capítulo 8, que contiene una entrevista con un adolescente, muestra muchas de las mismas técnicas de entrevista que se aplican con pacientes adultos. En el capítulo 9 se presentan los fundamentos de la entrevista familiar en un encuentro inicial anotado con un niño y su madre.

Ya que se considera que el aprendizaje ocurre mejor cuando se usan ejemplos concretos como ilustración, el texto se apoya en transcripciones modificadas de entrevistas a pacientes reales. Se han enriquecido con impresiones de las metas, métodos y eficacia del entrevistador, así como con transcripciones de otras cuestiones que podrían haberse explorado (o al menos considerado) en circunstancias iguales en otra entrevista. No se pretende abarcar ambos géneros en todas las edades. Aunque los pacientes jóvenes de distintas edades y etapas de desarrollo requieren inevitablemente modificaciones y adaptaciones, la técnica básica es, en su mayor parte, la misma. A lo largo de este libro, los nombres y otros datos que sirvan para revelar la identidad de las personas han sido cambiados para preservar la anonimidad.

Por último, en el capítulo 10 se habla del informe escrito. Se revisa la formulación del caso, en la que muestra cómo la información reunida de las grabaciones, informantes y pacientes se conjunta para crear una formulación clara del problema, una lista con los diagnósticos más probables (diagnóstico diferencial) y un plan de trabajo para hacer una evaluación más detallada y de tratamiento.



PARTE II. DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5 APLICADOS A NIÑOS Y ADOLESCENTES

En la segunda parte de este volumen se presentan los diagnósticos mentales que, por lo general, se hacen en la infancia o adolescencia además de otros diagnósticos de otras secciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* que con frecuencia se aplican a los menores. Se aborda este material de distintas maneras:

- La mayoría de los capítulos de la parte II comienza con una Guía rápida que contiene la información necesaria para hacer una exploración breve de los diagnósticos posibles, incluyendo los de otros capítulos del DSM-5.
- Luego se presenta información básica que los profesionales de la salud mental necesitan conocer acerca de la presentación, los datos demográficos y las posibles causas.
- En algunos casos (como el de los trastornos relacionados con sustancias) se condensa el material descriptivo de varios trastornos en cuadros que los lectores pueden consultar a primera vista, en vez de ir y venir de una sección a otra.
- En vez de copiar los criterios del DSM-5, que tienden a ser un poco pesados se usan las Características esenciales. En general, son casi las mismas que aparecen en *DSM-5 Made Easy* de James Morrison. A veces, también llamados **prototipos**, reflejan la manera en que los clínicos experimentados realmente hacen los diagnósticos. Sin embargo, en algunos estudios (de los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad), sus resultados han sido al menos tan buenos como los de los criterios oficiales. Y a los clínicos principiantes les resultan fáciles de usar.
- Con frecuencia, se ilustran los síntomas de un diagnóstico con una viñeta clínica.
- Por cada viñeta se emplean los criterios del DSM-5 y las Características esenciales en la medida que la discusión apunta hacia un diagnóstico diferencial. El diagnóstico final de cada paciente incluye los números de código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a revisión (CIE-10), la revisión que se convirtió en el estándar como herramienta clínica en EUA a partir de octubre de 2015.²
- Por cada categoría diagnóstica principal, una sección especial aborda las técnicas de entrevista de acuerdo con diagnósticos específicos. Para ayudar a integrar el material de las partes I y II se abordan las habilidades específicas que se requieren para entrevistar a niños de distintas edades, así como la información relevante en cada una de ellas.
- Siempre que es posible se incluye material sobre las diferencias en la presentación que

se pueden esperar en diversas etapas del desarrollo. Pero no se debe pensar que las edades mencionadas aquí están grabadas en piedra; los niños pueden progresar y madurar a ritmos muy diferentes y, aun así, son normales.

- A lo largo del libro se procura escribir con una prosa clara y sin tecnicismos. La comprensión mejora cuando el material está libre de pretensiones y de repeticiones legalistas.

Uso de Características esenciales

La mayoría de los niños y adolescentes que son enviados a evaluación tendrán, al menos, un diagnóstico y algunos tendrán dos o más. A veces, estos diagnósticos son más o menos independientes; en otras ocasiones, interactúan entre sí. El DSM-5 insiste en que el principal diagnóstico de un paciente hospitalizado se denomine **diagnóstico principal**, mientras que, en el caso de un paciente externo, se debe hablar de **razón de la visita**. Con todos los pacientes se utiliza algo como **diagnóstico principal (o mejor diagnóstico)**, que es el que encabeza la lista.

Cada Características esenciales empieza con una descripción prototípica. En esta breve formulación -a veces de una sola oración- se trata de capturar la esencia de lo que los criterios del DSM-5 dicen acerca de los síntomas del paciente. Este prototipo destila el sentido de los criterios reales en unas cuantas palabras que los clínicos pueden usar como base para cotejar los patrones, que es el modo en que se suelen hacer los diagnósticos clínicos en la práctica real.

Además de las descripciones prototípicas, Características esenciales empieza con diversos enunciados estandarizados para ahondar en la definición de la población a la que se hace referencia. Estos enunciados se incluyen en Letras pequeñas, que en su mayor parte comprende las *D* y las notas de codificación:

Duración. ¿Cuánto tiempo han durado los síntomas, 6 meses (como en el trastorno negativista desafiante)? ¿Un mes (pica)?

Datos demográficos. Algunos trastornos se limitan a ciertas edades, como la discapacidad intelectual, que debe empezar en la infancia temprana. El trastorno de la personalidad antisocial no se puede diagnosticar en un paciente menor de 18 años.

Discapacidad o sufrimiento. Ejemplos: un padecimiento obstaculiza los logros educativos o laborales o el funcionamiento social (como el tartamudeo, entre muchos otros); un padecimiento causa angustia (como en la enuresis). Sin embargo, el estrés o el sufrimiento por sí mismos nunca son sinónimos de trastorno mental.

Diagnóstico diferencial. Aquí se reúnen todos los padecimientos que se deben descartar cuando se trata de establecer un diagnóstico. Esta lista incluye otros trastornos mentales, enfermedades físicas y trastornos por uso de sustancias.

Notas de codificación. En muchos casos, aquí se incluyen números de códigos junto con especificadores e indicadores de gravedad y remisión. Las elecciones mutuamente excluyentes de los especificadores se presentan entre corchetes (por lo general, {con} {sin}...).

Se recomienda que el entrevistador (al menos mentalmente) asigne un número que indique qué tanto el paciente se ajusta al ideal de todo diagnóstico que se tenga en mente. Aquí, la convención aceptada es: 1 = poco o nada de correspondencia; 2 = cierta correspondencia (el paciente tiene algunas características del trastorno); 3 = correspondencia moderada (hay características significativas, importantes del trastorno); 4 = buena correspondencia (el paciente cumple con los estándares; el diagnóstico se aplica); 5 = correspondencia excelente (un caso clásico). Desde luego, se han escrito las viñetas para que la correspondencia se de nivel 4 o 5.

Problemas psicosociales y ambientales

El DSM-IV tenía un eje entero (sección diagnóstica) dedicada a los factores estresantes ambientales o psicosociales que podían afectar el diagnóstico o el manejo. El DSM-5 se deshizo de ese eje (de hecho, de todo el sistema axial) y utiliza la numeración del CIE-10 para indicar estos problemas, así como los padecimientos por trastornos no mentales que, en el DSM-IV, se llamaban **códigos**. En el capítulo 27 se describen los tipos de códigos que se usan con mayor frecuencia con niños. Cualquier información que no se ajuste claramente a una de estas categorías se debe mencionar en el cuerpo de la evaluación.

Evaluaciones del funcionamiento

El DSM-5 abandonó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Evaluación Global de Niños (EEGN), que se usó por muchos años para evaluar el deterioro global en un continuo del 1 al 100. Sin embargo, se cree que una evaluación general de la función, aunque sea subjetiva, es parte valiosa de la evaluación de cualquier paciente. El texto se basa principalmente en la EEGN, mientras que, tratándose de pacientes de 18 años de edad o mayores, se utiliza la EEAG. Las dos se han reimpresso en algunos de los primeros libros de James Morrison, y están disponibles en línea. En términos de estructura, son análogas, así que sus puntuaciones, en esencia, son iguales.

Indicaciones para hacer un diagnóstico

Aquí hay algunas indicaciones para tener en mente al evaluar a pacientes para establecer un diagnóstico.

1. ¿Ha obtenido toda la información?
 - Historia de la enfermedad actual.
 - Antecedentes personales, familiares y sociales.

- Temas sensibles (uso de sustancias, ideas/intentos suicidas, violencia/delincuencia, abuso físico/sexual).
- Historia médica con revisión de los sistemas.
- Examen físico (cuando sea pertinente).
- Historia de la familia (sobre todo, de trastornos mentales).
- Examen del estado mental.
- Aplicación de pruebas.

2. Elegir todas las áreas posibles de diagnóstico:

<i>Probablemente en niños y adolescentes</i>	<i>Probablemente en niños pequeños</i>
Trastornos cognoscitivos*	Trastorno de adaptación
Trastornos de la conducta alimentaria	Trastornos de ansiedad (incluyendo el trastorno de ansiedad de separación)
Trastorno de la identidad de género	Trastornos del apego (trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida)
Trastornos del estado de ánimo*	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno del espectro autista
Trastornos psicóticos	Trastorno de conducta
Trastorno de somatización*	Trastornos de la excreción
Trastornos relacionados con el uso de sustancias	Discapacidad intelectual
	Trastornos del aprendizaje
	Trastorno de movimientos estereotipados
	Trastorno de tics y de Gilles de la Tourette

3. Consulte los posibles diagnósticos en las secciones introductorias del DSM-5 y en Guía rápida al principio de los capítulos 11 a 25 de este libro.
4. Al usar Características esenciales, no se limite al prototipo; también considere las letras pequeñas. Por cada diagnóstico posible, pregúntese:
 - ¿Se cumplen los criterios de inclusión?
 - ¿Se cumplen los criterios de exclusión?
 - ¿Consideró los aspectos que se mencionaron antes?
5. ¿Qué otra información es necesaria -historia o antecedentes por parte de los informantes? ¿Tiempo de observación? ¿Otras pruebas?
6. ¿Es posible hacer un diagnóstico definitivo? Considere las posibles maneras de decir, “No estoy seguro,” que se expresan aquí a propósito de un paciente con síntomas depresivos y enlistados en orden decreciente de certeza:
 - F32.0 Trastorno de depresión mayor, episodio único, leve (provisional)
 - F32.8 Otro trastorno depresivo especificado**
 - F32.9 Otro trastorno depresivo no especificado
 - F49.9 Trastorno mental no psicótico no especificado
 - F99 Otro trastorno mental especificado

F99 Trastorno mental no especificado

7. ¿Es posible que un niño o adolescente no deba recibir ningún diagnóstico? Si esa es la decisión después de hacer la evaluación, se debe usar el código Z03.89 (que significa que no hay trastorno mental).

Aplicación del DSM-5 a niños y adolescentes

Mucho de lo que se acepta hoy acerca de los trastornos mentales en niños y adolescentes se ha extrapolado de estudios con adultos, lo cual encierra un riesgo. Además, muchas definiciones del DSM-5 se basan en investigación basada en conjuntos de criterios que ya no son actuales. En consecuencia, la confiabilidad de los diagnósticos en la infancia y adolescencia se encuentran rezagados respecto de los que se realizan en adultos. Esto no significa que los criterios actuales son inútiles; solo los autores opinan que algunos están basados en información menos sólida que los criterios de los trastornos mentales en adultos. El solo hecho de haber formulado (si no es que siempre validado) diagnósticos nos brinda un punto de partida para los estudios futuros que, con el tiempo, generarán criterios más confiables.

He aquí algunas ideas adicionales acerca del uso del DSM-5 con niños y adolescentes:

- Su estructura y contenido hacen del DSM una fotografía de nuestro tiempo. Muchos trastornos, y casi todos los conjuntos de criterios, han cambiado respecto de las ediciones anteriores del DSM. Esto sugiere que aún queda por delante una notable evolución en las definiciones de los trastornos mentales en los menores, y se verá en el DSM-6 y más allá.
- Los datos de su validez pueden ser escasos. Un ejemplo es el recientemente definido trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en el que los estudios clínicos apenas están dando, por así decirlo, sus primeros pasos.
- La psicopatología en niños muy pequeños, casi nunca bien establecida, a menudo depende del contexto. Los síntomas y las tasas de prevalencia cambian con la edad.
- Los síntomas pueden rebasar las fronteras diagnósticas. Por ejemplo, la falta de atención se puede encontrar en la intoxicación por alcohol (u otras sustancias), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, los trastornos del aprendizaje y en trastornos de la conducta y la atención. Se puede diagnosticar discapacidad intelectual en niños o adolescentes que tienen trastorno del espectro autista.
- Cuando los niños tienen enfermedades que se suelen diagnosticar en adultos, los síntomas pueden ser diferentes. Por ejemplo, un niño con trastorno de estrés postraumático puede revivir el evento en el juego repetitivo, en vez de experimentar flashbacks, tener sueños de contenido específico u otras manifestaciones adultas. Los criterios de la disforia de género en niños difieren en varios aspectos respecto de los que se aplican en adultos.

- Existe el riesgo de que los diagnósticos no conocidos se omitan o se realicen de manera incorrecta o sin las razones suficientes. Desde luego, esta advertencia se puede aplicar a cualquier paciente; sin embargo, es particularmente cierto en niños y adolescentes, en quienes los síntomas pueden ser variantes normales del desarrollo cuyo tiempo sintomático puede no ajustarse a los criterios del DSM-5.
- Se reconoce que algunos clínicos no tienen mucha necesidad de ciertas categorías diagnósticas (es poco probable que un especialista encuentre en la infancia temprana un trastorno bipolar o una esquizofrenia). Pero para promover un diagnóstico diferencial amplio, así como las referencias, todo clínico debe conocer cada diagnóstico.
- Aunque se usa en todo el mundo, el DSM-5 es un documento distintivo de EUA que refleja las experiencias y las inclinaciones de ese país. Los clínicos europeos diagnostican mucho menos, por ejemplo, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o la anorexia nerviosa. La prevalencia de estos padecimientos es muy diferente en los informes de distintos países.
- Del mismo modo, aún en EUA, los niños de distintos orígenes culturales pueden presentar los síntomas con diferente intensidad o en distintos patrones que, aun así, cumplen con los criterios del DSM-5. Debido a que con frecuencia afectan la cooperación, los valores familiares y las creencias culturales tienen especial importancia al considerar qué tratamiento se prescribe.

Apéndice 1

En el apéndice 1 se presentan referencias generales para leer más acerca de un tema específico, así como descripciones de varias entrevistas estructuradas y semiestructuradas que el clínico o el investigador puede usar como guía en su búsqueda de evaluaciones estandarizadas de niños y adultos.

Apéndice 2

En el apéndice 2 se listan los diagnósticos del DSM-5 más importantes, con su código correspondiente del CIE-10, la edad aproximada en que cada trastorno empieza y el rango de edad en el que se encuentra por lo general.

Apéndice 3

En el apéndice 3 se ofrece un cuestionario diseñado para ayudar a los clínicos a obtener información relevante acerca del niño y la familia junto con la entrevista inicial. Usar este cuestionario ayuda a que los padres recuerden información y permite al clínico enfocarse la entrevista con eficacia en el problema inmediato.

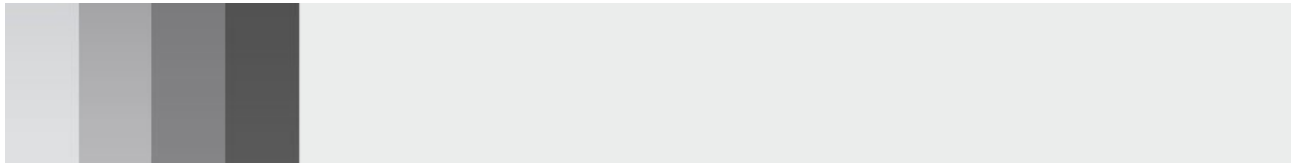
Notas

1 A lo largo de este libro se usa el término padres como referencia a los padres biológicos o adoptivos, tutores legales y “otros significativos”, es decir, a cualquiera que funja como cuidador primario de un niño o adolescente. Del mismo modo, se dice maestros como referencia a todo el personal educativo, incluyendo directores, consejeros y bibliotecarios.

2 Técnicamente, la versión del CIE-10 que se usa es CIE-10-CM (CM significa Modificación Clínica en inglés), pero se mencionará como CIE-10 a lo largo del libro en aras de la sencillez.

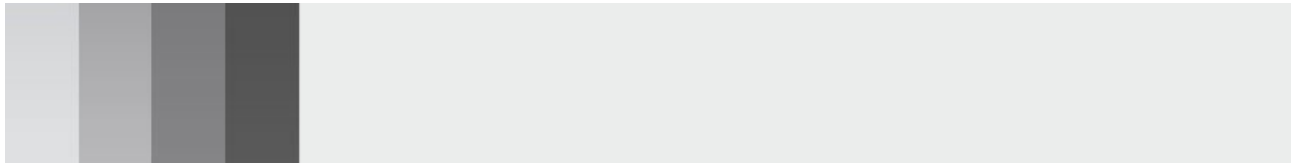
* Los trastornos cognitivos, los trastornos del estado de ánimo y el trastorno de somatización son tres ejemplos en los que se prefiere usar la terminología del DSM-IV. En el DSM-5, los trastornos cognoscitivos se denominan trastornos neurocognitivos, y el capítulo del DSM-IV dedicado a los trastornos del estado de ánimo se dividió en trastornos depresivos, por un lado, y trastornos bipolares, por el otro. En el capítulo 18 se habla sobre las reservas que recomienda el autor respecto del trastorno de síntomas somáticos del DSM-5, que reemplazó al trastorno de somatización del DSM-IV.

** La denominación <otro especificado> se aplica a un trastorno que no cumple por completo con los criterios, pero se especifican las razones (duración insuficiente, muy pocos criterios y otras). Con la denominación <no especificado>, no se explican las razones.



Parte 1

Entrevista con niños y adolescentes



Antecedentes en la valoración de niños y adolescentes



Capítulo 1

Entrevista con informantes

FUNDAMENTOS

Sin duda, cada parte del trabajo con un niño o adolescente con problemas mentales o conductuales es importante. Pero si se tiene que establecer una jerarquía de importancia de los diversos pasos del proceso, obtener información confiable de múltiples informantes estaría en el primer lugar de la lista. Con cada paciente, sobre todo con un menor, los observadores tienen puntos de vista diferentes. Sin lugar a dudas, padres y maestros con frecuencia difieren en sus evaluaciones. Incluso el padre y la madre pueden ofrecer opiniones divergentes sobre la naturaleza y gravedad de los problemas de su hijo. Sin las perspectivas múltiples de quienes conocen bien al paciente, en el mejor de los casos el clínico pasará momentos difíciles para determinar el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado; en el peor de los casos, nunca lo encontrará.

Diversos estudios pueden guiar cuando se dispone a entrevistar a los informantes. Gran parte de esta exposición se basa en el trabajo realizado en Gran Bretaña por Cox *et al.* En una serie de artículos publicados a principios de 1980, estos autores determinaron qué técnicas de entrevista tienen mayores probabilidades de ser exitosas para obtener distintas clases de información histórica. Sus hallazgos se aplican de igual manera a todo tipo de informantes: los propios pacientes jóvenes (sobre todo los niños mayores y los adolescentes), padres, familiares y otros. Hay una referencia al trabajo de Cox *et al.* en el apéndice 1. Aunque existen autores más contemporáneos acerca del estilo de entrevistar, dicha obra ha resistido la prueba del tiempo, y los datos que generaron siguen teniendo una relevancia única.

DOS ESTILOS DE ENTREVISTA

Se han descrito dos estilos fundamentales de entrevista: **directivo** y **no directivo**. Como regla, los niños pequeños suelen responder mejor a las preguntas sencillas, directas y estructuradas. Los niños preadolescentes o menores, por lo general, no responden bien a las preguntas cuestionamientos no directivos, abiertas, pero suelen responder bien al juego. Aunque, estos dos estilos básicos de entrevista son útiles para obtener información de informantes *acerca de* los niños o adolescentes.

Entrevista no directiva

La entrevista no directiva permite al entrevistado tener el máximo control sobre el curso de la conversación. Un estilo no directivo no pide respuestas de “sí” o “no”; tampoco se presenta con un formato de opción múltiple. En lugar de ello, las preguntas abiertas le dan libertad al entrevistado para hablar extensamente, tal vez mencionando diversos hechos. Alienta a las personas a pensar con profundidad, hablar libremente y compartir sentimientos personales e ideas íntimas acerca de sus familias y de sí mismos. Cuando el clínico usa una entrevista no directiva, cumple con varias metas importantes:

1. Debido a que no ha limitado la respuesta con peticiones de información específica, se amplía el abanico de posibles respuestas, algunas que pueden ser inesperadas.
2. Aumenta la exactitud de las respuestas. Esto es lógico: cuando las personas responden extensamente y eligen sus palabras, tienden a expresar mejor sus ideas que si tienen que limitar sus respuestas a una o dos palabras.
3. Las entrevistas no directivas promueven el *rappport*. Una mayor relajación y la oportunidad de revelar algo de manera espontánea sobre sí mismos, ayuda a los informantes a sentir que el clínico se interesa en ellos y en los pormenores de lo que se está hablando.

A lo largo de este capítulo, se lustran algunos de los principios de los que se hablan aquí con ejemplos –algunos buenos, otros no tanto– de una sesión realizada en gran parte por un entrevistador sin experiencia. El paciente es Kevin, de 17 años de edad, quien fue enviado a una unidad de pacientes adolescentes internos.

El examinador empieza muy bien:

Examinador: Buenos días. ¿Qué te trajo al hospital?

Kevin: Empecé a pensar en matarme. Intenté clavarme un cuchillo. Mis voces empezaron a tener efectos.

He aquí otros inicios no directivos: “¿Sheila, qué te trajo a consejería?” “¿Qué clase de dificultades ha tenido Jeremy en la escuela?”

Entrevista directiva

El estilo directivo, que limita al paciente a un tema muy focalizado que el examinador elige, ayuda a centrar la atención del entrevistado en aspectos del problema que el clínico encuentra de especial importancia, y aumenta la cantidad de información obtenida. Más o menos un minuto de entrevista posterior a la pregunta de apertura (arriba) se presenta a continuación íntegramente. Se puede observar que cada pregunta del examinador sirve para dirigir la subsiguiente narrativa de Kevin.

Examinador: Háblame sobre esas ideas.

Kevin: No recuerdo con exactitud. Primero fui a la casa de mi primo y hablé con él, y le dije que quería ver a un terapeuta.

Examinador: ¿Qué te hizo querer ver a un terapeuta?

Kevin: Estoy cansado de pensar en matarme.

Examinador: Has estado pensando en matarte. ¿Por cuánto tiempo te ha sucedido esto?

Kevin: Cuatro o cinco años. Y luego, están las voces.

Empleando interrogantes directivas, el examinador en esta secuencia da seguimiento a cada una de las palabras o frases clave: “matarse” y “terapeuta”. Como es típico de los adolescentes. Kevin responde con frases cortas que no agregan muchos detalles al conocimiento del que parte el examinador.

Preguntas abiertas y cerradas

Muchas de las preguntas que hacen los entrevistadores para obtener información de sus pacientes u otros informantes son **abiertas**; es decir, permiten que los informantes tengan una gran libertad para responder como ellos quieran. “Hábleme más de eso”. “Hábleme más de la enfermedad de su hijo” “¿Qué pasó después?” Pero las preguntas **cerradas** –aquellas que se pueden responder con una o dos palabras sin mayor elaboración– también tienen su lugar en las entrevistas de salud mental. Son útiles como pruebas de áreas importantes que no se han revelado en la primera parte, no directiva, de la entrevista. Y las preguntas que se responden con sí-no (o a veces de opción múltiple) ayudan a refrenar a los pacientes cuya prolijidad verbal hacen que la entrevista avance más lentamente. La última pregunta formulada por el examinador en el extracto anterior es cerrada, pues busca una respuesta específica y, como se verá, una oportunidad. La proporción de las preguntas abiertas y cerradas que el clínico emplea, por lo general,

están determinadas por las fortalezas del entrevistado (como permanecer en el tema y el grado de introspección) y las limitaciones (como la vaguedad o los rodeos).

Hacer una entrevista: combinar los dos estilos

En la discusión debe estar claro que cada uno de estos estilos básicos es importante en la entrevista inicial. En general, un estilo no directivo de preguntas abiertas es importante en las primeras etapas, cuando el clínico desea brindar al entrevistado la mayor libertad para hacer observaciones espontáneas importantes relacionadas con la conducta y la vida emocional del niño o adolescente. Un poco después, cuando el clínico comprende el alcance de las preocupaciones del entrevistado, puede usar preguntas que requieren respuestas cortas para aumentar la profundidad de su conocimiento.

Para conocer la **queja principal** del informante (la razón por la que el niño o adolescente fue llevado a tratamiento), la primera pregunta debe ser directiva, pero abierta. Sería algo como “Por favor, dígame por qué trajo a Jason a esta evaluación”. Probablemente, habrá una respuesta muy específica como “Parece muy deprimido,” o “No se puede estar quieto en clase”. Entonces se puede pedir una respuesta abierta diciendo, por ejemplo, “Por favor, hábleme más al respecto,” y la entrevista estará en marcha y avanzando.

A veces, preguntar por una queja principal provocará una respuesta en la que el informante expresa que en realidad no tiene mucha información sobre las circunstancias del motivo de consulta: “Su madre hizo la cita; él niño sólo ha estado conmigo 4 días”, o “Su maestro dijo que tenía que traerlo”. Entonces, el clínico tiene que guiar las respuestas del informante con preguntas específicas acerca del crecimiento, desarrollo, emociones, rendimiento académico, estados de ánimo o relaciones sociales.

Después de encontrar un tema fructífero, hay que dar al informante toda la libertad para hablar en detalle al respecto. Debe recordarse que durante la primera parte de la entrevista, se busca obtener la más amplia información posible acerca del niño o adolescente, su familia, amigos y el ambiente en casa y escuela. También se desea construir una relación de confianza con el informante. El entrevistador debe ser respetuoso, escuchar con atención y tratar de transmitir aceptación y comprensión mediante el lenguaje corporal, por ejemplo: asintiendo con la cabeza, inclinándose hacia el informante y sonriendo. Con niños y adolescentes tempranos debe hacer preguntas sencillas, dar ejemplos que ilustren lo que desea saber y hacer elogios cuando sea adecuado (“Sé que es difícil hablar de eso, pero lo estás haciendo muy bien”). En todo momento tiene que estar atento a los indicios de los problemas en las siguientes áreas clínicas:

- Dificultades de pensamiento (trastornos cognoscitivos).

- Uso de sustancias.
- Psicosis.
- Trastornos del estado de ánimo (depresión o manía).
- Ansiedad, conducta que evita y activación.
- Quejas físicas.
- Retraso en el desarrollo.
- Problemas de personalidad.

Toma nota de cualquiera de estas áreas que requiera de mayor investigación más adelante en la entrevista. Pero por ahora, trate de no obstaculizar el discurso de su informante y déjelo hablar.

ACLARACIONES Y EXPRESIONES DE ALIENTO

Cualquier comentario del clínico puede distraer al entrevistado; por lo tanto, mientras obtengas material relevante acerca del estado del paciente, sólo tienes que escuchar. Pero tarde o temprano, el entrevistado perderá el impulso, se desviará o simplemente esperará orientación. Entonces, una expresión verbal o no verbal de tu parte ayudará a dirigir el curso de la entrevista para obtener la máxima eficacia y productividad.

Las expresiones de aliento menos intrusivas que el entrevistador puede hacer son las no verbales. Sonreír o asentir con la cabeza puede ser suficiente para indicar que la entrevista va bien y comunicar que quiere oír más sobre un tema. Un clínico que conocemos logra hacer todo esto ¡sólo parpadeando los ojos! Y desde luego, mantener el contacto visual ayuda a establecer un lazo de simpatía y afinidad. Tan sólo inclinándose hacia enfrente, algunos clínicos indican apoyo a alguien que está narrando información que es especialmente estresante. Si parece adecuado, muestra simpatía y apoyo ofreciendo una caja de pañuelos desechables sin interrumpir el flujo de la información.

Ahora regresemos a la entrevista de Kevin. El entrevistador aprovecha la oportunidad que Kevin ofreció en su respuesta anterior y explora en una nueva dirección.

Examinador: ¿Las voces?

Kevin: Durante 3 años más o menos.

Examinador: Ah.

Kevin: Él [el primo de Kevin] me decía los nombres de los psiquiatras y todo lo demás, y me dio el número, pero lo perdí. Luego fuimos a la casa de un chico del barrio y la gente empezó a beber. Luego, las cosas se salieron de control.

En este ejemplo, podemos observar que una respuesta no verbal conduce a más material. Aquí el examinador obtiene información considerable empleando muy pocas palabras. A veces, una sílaba o dos —“Ya veo” o “Ajá”— es todo lo que se necesita. En otros puntos, sobre todo cuando la entrevista parece estancarse, se requiere ser más articulado. He aquí algunas sugerencias:

1. Pedir información de manera directa, como lo hace el examinador de Kevin a continuación:

Examinador: ¿Qué se salió de control?

Kevin: Mis voces me empezaron a decirme que me mate. Tomé un cuchillo y traté de clavármelo.

Otra manera de formular esta pregunta podría ser “Por favor, hábleme más sobre lo que se salió de control”. Preguntas similares para otros casos podrían ser “Me gustaría saber más acerca de los hábitos de beber de Brad,” o “¿Podría describir los problemas de Tiffany en la escuela?”

2. Si no entiendes una respuesta (o si el informante responde una pregunta distinta por error), no dudes en preguntar otra vez. Esto se puede hacer sin que parezca un interrogatorio diciendo algo como “Sigo sin entender” antes de repetir la pregunta.
3. Para estar seguro de que comprendiste de manera amplia la idea de lo que el informante trata de decir, puedes hacer breves resúmenes de vez en cuando de no más de uno o dos enunciados. Por lo general, empiezan con “¿Quiere decir que...” o “Así que usted siente que...”

Examinador: ¿Quieres decir que intentaste matarte?

TRANSICIONES

La entrevista funciona mejor si fluye con naturalidad de un tema a otro, como una conversación real. Con esa finalidad, el entrevistador puede facilitar las transiciones o crear puentes de un tema al otro. Siempre que sea posible, trata de seguir el rumbo que toma el entrevistado. Esto permite que él sienta que en verdad está participando en la evaluación, lo cual lo alienta a comunicar todos los hechos importantes.

A medida que en la entrevista se termina la fase “libre,” será necesario usar técnicas más directivas. Muchas de ellas son útiles para pasar con comodidad de un tema a otro. Primero, observa la falta de una adecuada transición en este intercambio:

Examinador: ¿Con quién vives?

Kevin: Con mi mamá y mi abuela.

Examinador: ¿Y tu papá?

Kevin: Murió.

Examinador: Así que tú naciste en 1981. ¿Entraste a la escuela cuando tenías 6 años?

Este abrupto cambio de tema sugiere que el examinador se sintió incómodo con la respuesta clara de Kevin: “Murió”. Se puede reducir el carácter abrupto de las transiciones retomando las últimas palabras (o cualquier idea reciente) del informante. Observa en el siguiente ejemplo cómo el entrevistador aprovecha las propias palabras de Kevin para alentarle a dar más detalles:

Examinador: Antes, mencionaste que oías voces...

Para facilitar el flujo de la conversación, se puede pasar de un tema a otro recurriendo a cualquier factor que tengan en común, como el lugar, el tiempo, actividades o relaciones familiares:

Kevin: Hay cuatro voces. Siempre me están diciendo que haga cosas. En este preciso momento, sólo están gritando “¡Vete al infierno!”

Examinador: ¿Y qué hay con el resto de tu familia? ¿Ellos también han escuchado alguna vez algo parecido a esas voces que gritan?

Si consideras que tienes que hacer un cambio abrupto, di algo que le comunique al informante que sabes que estás cambiando de dirección. Si el informante parece tener más que decir sobre el primer tema, puedes decirle que regresarán a él más adelante, cuando haya tiempo. He aquí una manera de hacer esto con Kevin:

Examinador: Creo que entiendo el problema de las voces. Ahora quisiera saber sobre tu problema con el consumo de alcohol.

EXPLORAR LA INFORMACIÓN

Después de unos minutos de escuchar al informante hablar libremente de las razones de la evaluación, se llega a un punto en el que sus respuestas se reducen. Para asegurarse de que las principales preocupaciones han sido abordadas, al menos de manera general,

pregunta si hay problemas **importantes** en otras áreas (véase la lista que se presentó anteriormente) que aún no se hayan tocado. Si no es así, puedes empezar a examinar con mayor detalle las áreas que ya has identificado.

Desde luego, todos los síntomas tienen características únicas que requieren exploración. Pero todos los síntomas y conductas tienen en común ciertas características en las que se debe indagar para obtener detalles más precisos. Por ejemplo, considera cómo estas preguntas se aplicarían en el caso de un niño que presenta conductas agresivas:

Tipo - ¿físico o verbal?

Gravedad - ¿forcejeos o peleas a puñetazos?

Frecuencia - ¿diario, semanalmente o sólo una o dos veces a la semana?

Duración - ¿hace cuánto tiempo empezó la conducta?

Contexto - ¿espontáneas o provocadas, en tono de burla o de abuso?

Se puede explorar y registrar descriptores similares prácticamente en cualquier área problemática identificada.

A medida que se comienza a buscar detalles específicos, se necesita mayor control sobre las respuestas que obtenemos. He aquí algunas técnicas para ello:

1. Hacer preguntas cerradas: “¿Alguna vez Matthew mojó la cama?” “¿A qué edad dejó de hacerlo?”
2. Mostrar aprobación sonriendo o asintiendo cuando el entrevistado responde de manera breve y precisa.
3. Expresar exactamente qué información pedimos: “Ahora voy a hacer algunas preguntas que requieren respuestas cortas”.

Sin embargo, cuando se trata de evaluar sentimientos (concernientes al paciente, el informante u otros miembros de la familia, una situación), la investigación indica que las preguntas cerradas aportan la información más precisa y completa acerca de las emociones.

OTRAS SUGERENCIAS PARA LA ENTREVISTA

El entrevistador debe tener cuidado de que la manera en que formula una pregunta no sugiera la respuesta. He aquí un ejemplo obvio: “Russell no ha estado consumiendo drogas, ¿o sí?” La pregunta por sí misma facilita que el informante dé una respuesta

negativa, y no necesariamente exacta.

Formula preguntas breves. Una sintaxis complicada que incluye una explicación extensa es confusa y hace que se pierda tiempo.

No trates de economizar haciendo preguntas dobles, porque son confusas. Si preguntas, “¿Alguna vez Jessica ha huido de casa o ha abandonado la escuela?”, el entrevistado podría enfocarse en sólo la mitad de la pregunta. Tal vez ninguno de los dos se dé cuenta de que lo que verdaderamente querías saber quedó olvidado. He aquí un ejemplo desafortunado de la entrevista con Kevin:

Examinador: ¿Qué edad tenías cuando tú y tu mamá se mudaron a casa de tu abuela?

Kevin: Dos o tres.

Examinador: ¿Tu abuela tiene algún problema? ¿Y desde entonces has vivido ahí?

Promueve la precisión. Si el paciente hace una descripción vaga, pide fechas, intervalos de tiempo y números, como en la línea más productiva que sigue. Con frecuencia es útil trazar una línea de tiempo con puntos de anclaje, como un cumpleaños, graduación escolar o vacaciones.

Examinador: ¿Tienes problemas legales?

Kevin: En realidad, no.

Examinador: ¿A qué te refieres?

Kevin: En realidad, nunca me han arrestado.

Examinador: Bueno, ¿qué tipo de problemas legales tienes?

Kevin: Robo de carros, asaltos.

Examinador: ¿Así que has cometido delitos por lo que nunca te han atrapado?

Kevin: Exacto.

Examinador: ¿De qué tipo fueron?

Kevin: Asaltos.

Examinador: ¿A mano armada?

Kevin: Un par de veces.

Examinador: Dos asaltos a mano armada. ¿A personas?

Kevin: No. Asaltos a tiendas.

Examinador: Asaltos a tiendas. ¿Por dinero?

Kevin: Sólo por hacerlo. Para sentir la adrenalina.

Examinador: ¿Qué más?

Kevin: Disparos. Puñaladas.

Examinador: ¿A cuántas personas les has disparado?

Kevin: Quizá cinco o seis.

Examinador: ¿Has matado a alguien alguna vez?

Kevin: No estoy seguro.

Examinador: ¿Así que no sabes si alguna de esas personas murió?

Kevin: No.

Examinador: ¿Cómo es que les has disparado a personas y nunca te han arrestado?

Kevin: Tiro lejos la pistola o la vendo.

Examinador: ¿A cuántas personas has apuñalado?

Kevin: Como tres personas.

Examinador: ¿Conoces a alguna de las personas a las que has herido de un disparo o puñalada?

Kevin: A algunas.

A pesar de la notable historia de conducta antisocial y violenta que se obtuvo en esta serie de preguntas específicas, cuantitativas, es difícil determinar la veracidad de lo que dice Kevin. Hay una posibilidad real de exageración y grandiosidad para impresionar al examinador. Para fines diagnósticos, esta información tiene que corroborarse revisando registros penales o declaraciones de la madre o los maestros de Kevin.

PARTES DE LA ENTREVISTA INICIAL

La entrevista diagnóstica de salud mental tradicionalmente se ha dividido en varias partes, cuyos nombres y contenido exactos varían de acuerdo con el entrevistador (y el paciente). Sin embargo, el efecto general siempre es el mismo: obtener el recuento más completo posible de la vida, los problemas y el potencial del paciente. En el resto de este capítulo se abordan estos aspectos bajo los siguientes encabezados: “Padecimiento actual”, “Antecedentes personales, familiares y sociales”, “Temas delicados”, “Historia médica”, “Historia familiar” y “Examen del estado mental”. En la tabla 1-1 se presenta un esquema más completo de la entrevista inicial.

Tabla 1-1. Esquema de la entrevista inicial de salud mental para niños o adolescentes	
<i>Queja principal</i>	<i>Historia médica</i>
Historia de la enfermedad actual ¿Eventos estresantes, precipitantes? ¿Inicio? ¿Síntomas? ¿Episodios previos? Si así es, ¿curso y tratamiento (medicamentos, hospitalización, consejería)? ¿Efectos en el paciente, la familia y otros?	¿Salud de la madre durante el embarazo? ¿Algún problema en el nacimiento? Salud física desde el nacimiento: ¿Enfermedades graves? ¿Operaciones? ¿Hospitalizaciones? ¿Alergias (ambientales, a alimentos, a medicamentos)? ¿Medicamentos (para enfermedades mentales o físicas) y sus efectos secundarios? ¿Discapacidades físicas? Revisión de los sistemas relevantes: ¿Trastornos del apetito (anorexia/bulimia nerviosa, trastorno de atracones)? ¿Peso (obesidad)? ¿Sueño (regularidad, alteraciones)? ¿Lesiones en la cabeza? ¿Ataques? ¿Dolor crónico? ¿Inconsciencia?

	<p>¿Síndrome premenstrual (en el caso de adolescentes)? ¿Posible trastorno de somatización?</p> <p>Historia familiar Describe a los padres y a otros familiares cercanos. ¿Alguna historia de trastorno mental entre los familiares? ¿Historia médica de la familia?</p>
<p>Antecedentes personales, familiares y sociales</p> <p>¿Lugar de nacimiento del paciente, número de hermanos, lugar entre ellos?</p> <p>¿Estructura familiar actual? ¿Residencia actual del paciente?</p> <p>¿Historia de desarrollo (eventos clave, posibles eventos traumáticos)?</p> <p>¿Antecedentes étnicos familiares, creencias religiosas, valores culturales?</p> <p>Relación de los padres: ¿Duración/estabilidad del matrimonio? ¿Separación o divorcio? ¿Segundos matrimonios? ¿Relaciones en las familias reconstruidas?</p> <p>¿Violencia física/verbal o abuso de sustancias en casa?</p> <p>¿El paciente fue adoptado? Si así fue, ¿se trató de una adopción intra o extrafamiliar? ¿A qué edad? ¿Hechos, si los sabe, acerca de los padres biológicos? ¿Qué sabe el paciente?</p> <p>¿Participación de la familia extensa en los cuidados? ¿Cuidadores sustitutos? ¿Cuidadores alternativos?</p> <p>¿Grado de cercanía familia?</p> <p>¿Apoyo social de la familia?</p> <p>¿Edad de inicio de la pubertad (si se trata de un adolescente)? ¿Citas románticas e historia sexual? ¿Orientación sexual?</p> <p>Educación: ¿Nivel escolar actual o más reciente? ¿Problemas escolares? ¿Rechazo a la escuela? ¿Problemas de conducta? ¿Ausentismo? ¿Suspensiones/expulsiones?</p> <p>¿Pasatiempos/intereses? ¿Participación en deportes/otras actividades físicas? ¿Uso de TV, teléfono, internet, redes sociales? ¿Algún cambio debido a una enfermedad?</p> <p>¿Amigos? ¿Fortalezas, cualidades/resultados positivos? ¿Fuentes de satisfacción? ¿Autoestima?</p> <p>¿Amigos? ¿Fortalezas, cualidades/resultados positivos? ¿Fuentes de satisfacción? ¿Autoestima?</p>	<p>Examen del estado mental (acorde con la edad)</p> <p>Apariencia: ¿Adecuada a la edad? ¿Raza? ¿Actitud? ¿Nutrición? ¿Higiene? ¿Peinado? ¿Accesorios corporales? ¿Vestimenta (estilo, limpieza, alíño)?</p> <p>Conducta: ¿Nivel de actividad? ¿Temblores? ¿Tics? ¿Modales? ¿Sonríe? ¿Contacto visual?</p> <p>Estado de ánimo: ¿Tipo? ¿Labilidad? ¿Es apropiado? ¿Relación con el examinador?</p> <p>Flujo de ideas: ¿Asociación de palabras? ¿Velocidad y ritmo del habla?</p> <p>¿Fantasías? ¿Temores? ¿Fobias? ¿Ansiedad? ¿Preocupaciones? ¿Obsesiones, compulsiones? ¿Pensamientos suicidas? ¿Delirios? ¿Alucinaciones? ¿Autoestima?</p> <p>Lenguaje: ¿Comprensión? ¿Fluidez? ¿Nombres de objetos? ¿Repeticiones? ¿Lectura? ¿Escritura? ¿Articulación del habla?</p> <p>Orientación: ¿Persona? ¿Lugar? ¿Tiempo?</p> <p>Memoria: ¿Inmediata? ¿Reciente? ¿Remota?</p> <p>Atención y concentración: ¿Matemáticas sencillas? ¿Cuenta regresiva de uno en uno?</p> <p>¿Información cultural?</p> <p>Pensamiento abstracto: ¿Semejanzas, diferencias?</p> <p>¿Introspección, juicio?</p>
<p>Temas delicados</p> <p>Consumo de sustancias del paciente: ¿Tipo de sustancia? ¿Duración del consumo? ¿Cantidad? ¿Efectos? ¿Consecuencias (médicas, personales/interpersonales, escuela/trabajo,</p>	<p>Características de personalidad?</p> <p>¿Respuesta al establecimiento de límites?</p> <p>¿Impulsividad?</p> <p>¿Proclividad a la distracción?</p>

legales, económicas)? Ideas/intentos suicidas: ¿Gravedad? ¿Métodos? ¿Relación con drogas o alcohol? ¿Consecuencias? ¿Fue revelado o descubierto? Violencia/delincuencia: ¿Naturaleza? ¿Historia? ¿Relación con el sistema legal (arrestos, encarcelamientos)? ¿Conductas ilegales por las que el paciente no ha sido aprehendido? Abuso físico o sexual: ¿Número exacto de eventos? ¿Perpetrador? ¿Participación del sistema legal? ¿Efectos en el paciente y la familia? ¿Testigo de violencia doméstica?	¿Tolerancia a la frustración?
---	-------------------------------

Padecimiento actual

Por cada una de las áreas donde se hayan encontrado problemas al recabar información, el entrevistador debe seguir las siguientes líneas de indagación con el paciente y con el padre, la madre u otro informante:

¿Qué tipo de eventos estresantes pueden haber precedido el inicio de los síntomas? Trata de entender qué circunstancias o eventos precipitantes antecedieron el inicio.

Incluso en pacientes jóvenes, sobre todo en los que presentan trastornos del estado de ánimo, se pueden encontrar cambios en los ciclos del sueño y en el apetito (“síntomas vegetativos”).

En el caso de los trastornos que ocurren de manera episódica (otra vez, sobre todo en los trastornos del estado de ánimo), ¿cuándo empezaron? ¿Siempre son los mismos síntomas? ¿Aparecen en un orden específico? ¿Cuál es el primer signo del trastorno? ¿Qué sigue? ¿Los síntomas se resuelven completamente entre un episodio y otro? Aquí tienes que distinguir entre episodios de la enfermedad actual; por supuesto, el inicio puede ser tan gradual que no se puede definir con claridad el inicio.

Casi sin importar la duración de los síntomas, queremos saber sobre los tratamientos previos. ¿Se han usado medicamentos? Si es así, ¿qué efectos tuvieron, deseados y no deseados (colaterales)? ¿Qué tanto el paciente y los padres se apegan al régimen de tratamiento? Si se intentó con consejería individual o familiar, ¿cuál fue el objetivo central de la terapia y cuáles fueron los resultados? ¿Qué aspectos quedaron sin resolver?

¿Cuáles han sido las consecuencias de la enfermedad en la asistencia a clases, las calificaciones, las relaciones con los hermanos y la capacidad del paciente para hacer o mantener amistades? ¿Ha habido consecuencias legales? ¿Ha habido cambios en los intereses (como pasatiempos, lectura, televisión)?

En este extracto, el examinador de Kevin busca detalles de las alucinaciones.

Examinador: Dijiste que hace unos tres años empezaste a oír voces.

Kevin: Creo que fue en la secundaria. Fue en el verano. Lo sé.

Examinador: ¿Y cuántos años tenías entonces?

Kevin: No, ni siquiera puedo decírselo. Como 13 o 14.

Examinador: ¿Cómo eran?

Kevin: Primero oía que mascullaban no muy fuerte. Luego, conforme crecí, empezaron a hacerse más y más fuertes y se volvieron constantes por periodos más largos.

Examinador: ¿De dónde vienen?

Kevin: Justo de detrás de mi mente.

Examinador: ¿No te llaman desde afuera?

Kevin: No, para nada.

Examinador: ¿Y te dicen qué hacer?

Kevin: Asaltar a la gente. Lastimarla, verla sufrir. Cosas como esas.

Examinador: ¿Y qué puedes hacer para alejarlas?

Kevin: A veces sólo trato de dormirme o fumar hierba o beber.

Examinador: ¿Puedes describir más las voces para mí?

Kevin: Hay cuatro voces gritando.

Examinador: ¿Hablan entre ellas acerca de ti?

Kevin: Sí, piensan que soy un marica. Y todo el tiempo me dicen que haga cosas.

Examinador: ¿Qué clase de cosas?

Kevin: Justo ahora me dice que lo agarre y lo estrangule, porque usted quiere encerrarme.

La técnica directiva ha revelado bastante sobre estas alucinaciones: su tipo (auditivas), ubicación, intensidad, número (cuatro voces), contenido, cuándo ocurren y la edad de Kevin cuando empezaron a manifestarse. Las alucinaciones de Kevin son de órdenes: le dicen qué hacer. Esto requiere mayor investigación.

Examinador: ¿Así que te están gritando justo ahora?

Kevin: Sí.

Examinador: ¿Y te dicen que me agarres?

Kevin: Agarrarlo y tratar de salir de aquí.

Examinador: ¿Puedes controlarlas en este momento?

Kevin: Puedo controlarlas en este momento.

Examinador: ¿Me avisarías si no puedes?

Kevin: Sí.

Aunque la naturaleza de estas voces parece exagerada, lo mismo que la descripción de Kevin de su conducta antisocial, el examinador es sensible a la posibilidad de que Kevin pueda representar un peligro. Es importante preguntar

si el paciente tiene la intención de lastimar al examinador. Si la respuesta es “sí”, por supuesto, éste debe buscar ayuda o interrumpir la entrevista. Si la respuesta es “no”, la entrevista puede continuar, pero manteniendo las debidas precauciones.

Examinador: ¿A veces haces lo que te dicen?

Kevin: A veces.

Examinador: ¿Qué clase de cosas te han dicho que hagas?

Kevin: Asaltar a las personas. O cuando aparece alguien, decirle algo, echarle mierda encima, o a veces pierdo el conocimiento.

Examinador: ¿Cuántas veces has perdido el conocimiento?

Kevin: Muchísimas veces.

Examinador: ¿Cuánto tiempo duran?

Kevin: A veces, horas; a veces un día entero.

Examinador: ¿Cuándo empezó eso?

Los desmayos pueden tener una etiología orgánica o tóxica, así que el entrevistador toma una nueva dirección en busca de posibles causas. Sin embargo, Kevin apenas percibe este cambio en el rumbo de la entrevista.

Kevin: Hace dos o tres años.

Examinador: ¿Al mismo tiempo que las voces?

Kevin: Tal vez antes, o un poco después.

Examinador: ¿Alguna vez perdiste la consciencia por alguna razón?

Kevin: No.

Examinador: ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza?

Kevin: No.

Examinador: ¿Alguna vez has estado en un accidente?

Kevin: No.

El examinador ha formulado varias preguntas cerradas en busca de datos específicos de un posible trastorno de ataques. Preguntar acerca de las lesiones en la cabeza y los accidentes puede parecer redundante, pero es evidente que el entrevistador espera que la repetición estimule la memoria de Kevin.

Antecedentes personales, familiares y sociales

Se obtendrá mucho material acerca de los antecedentes personales, familiares y sociales del paciente mientras buscas los detalles de la enfermedad actual. Muchos de ellos sólo

son accesibles por medio de los padres o un familiar cercano.

Desde luego, es importante preguntar por el lugar de nacimiento del paciente, número de hermanos y su lugar entre ellos (el mayor, el de en medio o el menor). ¿Fue un embarazo planeado? (Si tiene hermanos, ¿los otros embarazos fueron planeados?)

Es importante conocer la historia de desarrollo. Enfócate en los momentos significativos y los posibles eventos traumáticos, como cambios de residencia, muertes y otras pérdidas. ¿A qué edad pudo sentarse, caminar, decir palabras y oraciones? Si hubo algún retraso, ¿los padres buscaron asesoría? ¿Supieron algo sobre la causa?

¿Qué puedes indagar sobre los antecedentes étnicos, preferencias religiosas y valores culturales de la familia?

Indagar cómo se llevaban los padres. ¿Ha habido separaciones o divorcio? Si no se trata de una familia en la que estén los dos padres, describir otros matrimonios, relaciones con padrastros y el tiempo que pasa con el padre que no tiene la custodia. También pregunta cómo se enseña la disciplina. ¿Hay violencia en casa, sea física o verbal? ¿Se consume alcohol o drogas en la casa?

Si el paciente fue adoptado, ¿cuáles fueron las circunstancias? ¿La adopción fue intra o extrafamiliar? ¿A qué edad tuvo lugar la adopción? ¿Qué se sabe, en caso que así sea, de sus padres biológicos? ¿Qué sabe el paciente al respecto? ¿Cuál ha sido el papel de la familia extensa en la crianza del paciente? ¿El paciente tuvo cuidadores sustitutos o ha tenido cuidadores alternativos?

¿Qué hace la familia para divertirse? ¿Cómo es la hora de la comida? ¿Quiénes comen juntos? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuál es la rutina a la hora de ir a la cama?

En el caso de un adolescente, determine la edad en que empezó la pubertad (cambio de voz, menarquía). Si han empezado a tener citas románticas, ¿a qué edad comenzaron? ¿Qué tanta experiencia sexual tiene el adolescente? “¿Tienes novio (o novia)?” (O pregunta, “¿Tienes intereses románticos?” Esto le da al paciente la oportunidad de expresar su orientación sexual sin hacer presuposiciones) ¿Un paciente que tiene una vida sexual activa usa protección con regularidad?

¿Hasta dónde ha llegado el paciente en la escuela? ¿Se ha negado a ir a la escuela? ¿Problemas de rendimiento? ¿Problemas de conducta en la escuela? ¿Ausentismo? ¿Suspensiones o expulsiones? (¿Qué información colateral está disponible de parte de maestros o consejeros escolares?) ¿Cómo son los amigos del paciente? ¿El paciente pasa la noche en casa de amigos, participa en deportes o asiste a campamentos de verano? Pregunte por las fortalezas y los resultados positivos. ¿El paciente es popular? ¿En qué áreas es exitoso? ¿Qué le provoca placer y satisfacción? ¿Cómo es su autoestima?

Temas delicados

Desde el principio de cualquier evaluación, es necesario hacer explícitas las reglas de la

confidencialidad. He aquí un ejemplo: “Todo lo que digas aquí es confidencial excepto en dos situaciones: si vas a lastimar a alguien o a ti mismo, yo tendría que compartir esa información con tus padres. Si alguien te estuviera lastimando, tendríamos que discutirlo con alguien más para mantenerte a salvo”. En cualquier otro caso, deja claro a los niños, a los familiares y a los demás informantes que “Lo que se diga aquí es confidencial”.

Varios temas delicados se deben abordar aun cuando se indaga en la vida de niños pequeños. Es verdad que los padres y otros adultos pueden no saber todo lo que ha pasado un niño en etapa de latencia, pero es esencial no omitir información importante por no hacer las preguntas necesarias. Incluso los padres bien enterados pueden ser renuentes a ofrecer información acerca de estos temas, que probablemente sean factores mucho más comunes en la historia de los niños y adolescentes pacientes en salud mental de lo que, por lo general, se reconoce. Ten presente la posibilidad de que los padres se sientan responsables o culpables de los problemas de su hijo, y que a veces necesitan que los alienten y apoyen para revelar información. Puedes usar frases como “Me doy cuenta de lo difícil que ha sido en algunas ocasiones ser padres de su hijo,” o “Rara vez hay una sola causa de las dificultades de un niño; esta información delicada es sólo una pieza de un rompecabezas más grande y complejo”.

Uso de drogas y alcohol

Hasta donde sabe el informante, ¿el paciente a consumido alguna sustancia? Preguntar específicamente por alcohol, marihuana, cocaína, opiáceos, sedantes, alucinógenos, inhalantes (que son muy populares entre los adolescentes tempranos), y estimulantes del sistema nervioso central. En caso de encontrar alguna respuesta positiva, tratar de determinar cantidades, edades en las que ocurrió, duración del uso, efectos, consecuencias (médicas, pérdida de control, personales e interpersonales, escuela o trabajo, legales, financieras) e intentos de tratamiento.

Examinador: ¿Consumes, PCP, LSD, heroína, anfetaminas?

Kevin: No.

Examinador: ¿No en este año? ¿El año pasado? ¿Algún año? ¿Nunca las has probado?

Kevin: [Niega con la cabeza ante cada pregunta]. Antes probé el crank [metanfetaminas].

Examinador: ¿Cuántas veces?

Kevin: Una vez.

Examinador: ¿Eso cuándo fue?

Kevin: Hace como un año.

Examinador: ¿Y sólo fue una vez?

Kevin: Sólo una vez.

Examinador: ¿Te causó algún problema, médico por ejemplo?

Ideas e intentos suicidas

¿Alguna vez el paciente ha dado muestras de ideas acerca de causarse daño? Lo más obvio es un intento real, pero lo más frecuente son los deseos de muerte o alivio del dolor mental o físico. ¿Si sólo ha habido ideas, se ha llevado a cabo algún plan? Si ha habido intentos, ¿qué métodos usaron? ¿Qué tan graves fueron las consecuencias? ¿Alguien más sabe al respecto, y cómo se enteró?

Sobre todo en niños muy pequeños, incluso una historia de proclividad a los accidentes podría proporcionar una pista. Cualquier conducta o declaración es más frecuente en los pacientes que han estado deprimidos, abusados, rechazados o involucrados en drogas y alcohol. Frases como “A nadie le importo,” “Quiero que mi amigo Joe se quede con mi perro” o “Un amigo me dijo que casi lo atropella un carro” a veces proporcionan pistas indirectas de la ideación suicida de un niño pequeño.

Incluso hoy, algunos clínicos titubean al preguntar sobre las autolesiones por la equivocada idea de que eso podrían “meter ideas en sus jóvenes mentes”. Aunque siempre se han rechazado que esas preocupaciones estén justificadas, la evidencia real de un estudio de 2005 demostró que explorar la ideación suicida no provocó que ésta aumentara. De hecho, en este estudio aleatorio controlado de más de 2 300 estudiantes de bachillerato, la exploración se asoció con una **reducción** significativa en el estrés de quienes informaron síntomas depresivos previos o intentos suicidas. No obstante, abordar estas preocupaciones es complicado; las palabras y frases al principio aumentan la ansiedad del paciente y el clínico de igual modo. Preguntar acerca del estrés que un niño mayor o un adolescente puede experimentar en casa, la escuela o con amigos. “¿Qué tan tranquilo sueles estar?” “¿Qué tan apacible...?” “¿Qué tan estresado...?” son frases que ayudan a atravesar esta área delicada.

Violencia y delincuencia

Sobre todo en el caso de un niño mayor o adolescente, preguntar acerca de posibles historias de violencia, como peleas, destrucción a la propiedad ajena o crueldad hacia los animales. También preguntar sobre cualquier asunto en el que esté implicado el sistema legal, como ausentismo escolar, huir de casa, robo y otras conductas. ¿Cuáles fueron las faltas y sus consecuencias? ¿Los informantes saben de alguna otra actividad ilegal por la que el paciente haya sido aprehendido?

Abuso físico y sexual

Debido a que se trata de un tema muy delicado, el abuso es un tema que es incómodo abordar. Sin embargo, es una situación dolorosamente usual que afecta a niños de todas las edades, de ambos géneros y de todos los niveles socioeconómicos. Una actitud suave, pero directa reduce la resistencia que a veces presentan los informantes.

En el caso del abuso sexual, pregunta, “¿Hay alguna posibilidad de experiencias sexuales?” o “¿Hasta donde usted sabe, alguna vez un niño de la misma edad o un adulto

se le han acercado [al paciente] con intenciones sexuales?” Una respuesta afirmativa se debe explorar con cuidado para obtener detalles: ¿Qué sucedió realmente? ¿Hubo contacto físico? ¿Cuántas veces sucedió? ¿A qué edades? ¿Quién fue el que se le acercó? ¿Fue un familiar consanguíneo? ¿Cómo reaccionó el paciente? ¿Cómo se enteraron los padres? ¿Cómo reaccionaron? ¿Cómo afectaron estas situaciones al paciente y a la familia? ¿Alguna vez el abuso, o la sospecha de abuso, se reportó a las autoridades? ¿Qué sucedió entonces?

En el caso del abuso físico, puedes empezar preguntando al niño cuáles son los castigos que suelen imponerle. Luego, pregunta, “Alguna vez has sentido que te [pegan, azotan] demasiado fuerte?” Una vez más, es necesario dar seguimiento a todos los detalles relevantes que exprese el niño.

Las legislaturas y los parlamentos de muchos lugares del mundo han ordenado que se denuncie el abuso infantil. Los clínicos de todas partes deben informarse respecto de las disposiciones legales que les conciernen en cuanto al abuso infantil. Sin embargo, lo que se debe denunciar, a quién y en qué marco temporal varían dependiendo de la jurisdicción. Incluso cuando hay huecos en la ley o ésta es poco clara, los profesionales de la salud, médica o mental (así como los maestros, trabajadores sociales, funcionarios e, incluso, cualquier persona) tienen la obligación ética de proteger a los niños del daño físico y mental.

Algunos clínicos siempre informan a los clientes acerca de su obligación de denunciar el abuso; otros lo mencionan sólo si surge la sospecha de abuso. Aquí se es partidario de ser lo más abiertos y honestos posible, usando frases como: “Si descubro este tipo de información, estoy obligado legalmente a denunciarlo. La denuncia no implica culpa, sino permite hacer una evaluación para garantizar la seguridad del niño”.

Tiempo libre y uso de la tecnología

En el caso de niños y de sus padres, es importante formular preguntas y hacer observaciones conductuales adecuadas para la etapa de desarrollo y las circunstancias económicas, valores culturales y contexto social de toda la familia. En los años más recientes, la mercadotecnia dirigida a niños ha promovido la habilidad con los teléfonos celulares, computadoras, los mensajes de texto, las redes sociales y los videojuegos. Aunque los expertos no están de acuerdo en cuanto a los efectos de estas actividades en el desarrollo y la psicopatología infantil, una valoración integral de la salud mental debe incluir preguntas sobre las tecnologías relacionadas con internet y el ciber mundo.

Por ejemplo, la *American Academy of Pediatrics* recomienda que los niños menores de dos años de edad no deben ser expuestos a la programación televisiva. Así que puedes preguntar si la televisión se usa como “acompañante” para mantener ocupados a los niños muy pequeños. Si es así, ¿en promedio cuánto tiempo pasan los niños frente a la

televisión? ¿Cuál es el contenido de los programas o videojuegos en los que participan los niños?

He aquí otras preguntas para abordar este tema: ¿Qué sitios de internet visitan los niños y adolescentes? ¿Duermen suficientes horas en la noche, o escriben mensajes de texto o hacen llamadas telefónicas hasta muy tarde? ¿Qué contenidos suben los niños y adolescentes a las redes sociales? ¿Hay preocupaciones específicas acerca del uso que hacen de las redes sociales?

Si se usan con moderación y con la supervisión de los padres, las tecnologías probablemente no afecten el desarrollo infantil o el bienestar de la familia. Sin embargo, estas actividades pueden interferir con las labores escolares, obsesionarlos con la violencia y confundirlos con material sexual explícito –o incluso pueden provocar un trastorno de la conducta, consumo precoz de alcohol o drogas, ciberbullying, o que adultos rapaces tengan acceso a ellos. Es importante saber si los padres están conscientes de las áreas controvertidas y las discuten con sus hijos.

Historia médica

¿Qué sucedió durante el embarazo de este niño? ¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo? ¿Fue un parto natural o por cesárea? ¿El bebé respiró enseguida? ¿Hubo ictericia? Si así fue, ¿por qué?, ¿fue un bebé Rh positivo? ¿Fue necesaria una transfusión sanguínea? ¿La madre se llevó consigo al bebé a casa?

¿El informante describe la salud física del paciente desde el nacimiento, incluyendo lesiones traumáticas cerebrales, ataques, asma, operaciones, hospitalizaciones y alergias? ¿Hay problemas de peso (bajo peso, sobrepeso, obesidad)? ¿Su sueño es irregular? Pregunte por medicamentos actuales o pasados empleados por un padecimiento mental o físico. Por cada medicamento, ¿cuál fue la dosis y la frecuencia?

Historia familiar

En términos de la participación familiar y las características personales, ¿cómo describirías a los padres? (Si tu único informante al respecto son ellos mismos, ten presente que la información puede estar matizada por los sentimientos relacionados con conflictos de pareja o el divorcio.) ¿Los padres o cualquier otro familiar tienen historia de trastorno mental. Para saber si ha habido problemas de salud mental en los miembros de la familia, tal vez tengas que romper la regla de no hacer preguntas extensas (aunque es mucho mejor hacer preguntas cortas de una sola respuesta por cada uno de los problemas):

“Algún familiar consanguíneo ha padecido nerviosismo, colapsos nerviosos, psicosis o esquizofrenia, depresión, problemas de consumo de drogas o alcohol, suicidio o intentos de suicidio, delincuencia, arrestos u otros problemas con la policía, numerosas quejas por su salud física o visitas muy frecuentes al médico, hospitalizaciones por problemas mentales o tratamientos por una enfermedad mental? Cuando digo *familiares*, me refiero a padres, hermanos, abuelos, tíos, primos o sobrinos”.

“¿Alguien de su familia ha tenido problemas de tiroides, ataques, presión alta, problemas cardiacos, diabetes o muerte súbita?”

Dependiendo del nivel de sofisticación del informante, es necesario definir algunos de estos términos.

Evaluación del estado mental

Los exámenes del estado mental de niños y adultos tienen mucho en común. Sin embargo, hay varios factores que los diferencian:

- Debido a que los pacientes jóvenes varían en términos de edad y etapa de desarrollo, el examinador debe conocer el espectro de conductas normales de todas las edades (tabla 3-1).
- El examinador debe disponer materiales para propiciar conductas adecuadas para la edad.
- La evaluación de un niño pequeño suele llevarse a cabo, en parte, con otros miembros de la familia presentes y, en parte, con el niño solo.
- Dependiendo de la edad del niño, se pueden usar juguetes de distintos niveles de complejidad u otros materiales proyectivos acordes con su edad para facilitar la comunicación.

Al término de la evaluación, el clínico organiza las interacciones y observaciones de la conducta con el niño y su familia en un informe coherente su estado mental. Las categorías del examen del estado mental suelen incluir apariencia, habla y lenguaje, actividad motriz, capacidades sensoriales, afectos y estado de ánimo, pensamiento, inteligencia, atención, orientación y relación con el examinador y otros participantes significativos.



Capítulo 2

Estructura de la primera entrevista con el paciente joven

FUNDAMENTOS

Cuando un adulto se presenta para una evaluación de salud mental, por lo general sabe más o menos qué esperar: el clínico invita al paciente a pasar al consultorio; ambos se sientan cómodamente en sus sillas y empiezan a conversar. El paciente describe un conjunto de síntomas o problemas al clínico, quien escucha el contenido, observa la conducta y valora el estado de ánimo y los afectos. Todo esto se hace con el fin de establecer el rapport y generar confianza para obtener información confiable que se integre en la formulación diagnóstica, con un diagnóstico diferencial y un plan para continuar la evaluación, el tratamiento o ambos.

Los clínicos que evalúan a pacientes menores de edad tienen los mismos objetivos en mente, pero deben usar métodos cuidadosamente adaptados a cada niño o adolescente. Después de todo, sus pacientes tal vez no son capaces de comprender ni el propósito de la evaluación ni de comunicar de manera adecuada por medio del lenguaje muchos significados sutiles. Con frecuencia, las impresiones diagnósticas se tienen que inferir. Qué tan rápida, completa o abstracta sea la entrevista depende de la edad del paciente, su etapa de desarrollo y sus capacidades cognitivas –así como la complejidad de la historia. Desde luego, el *rapport* es tan importante con pacientes jóvenes como con adultos.

DISPOSICIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Aunque los adultos, por lo general, comprenden por qué han sido enviados a una

evaluación de salud mental, en el caso de la mayoría de niños y adolescentes esto no es así. Debido a que los padres o maestros pueden considerar su conducta bajo la categoría de “mala”, en especial los niños pequeños experimentan la evaluación como una forma de castigo. O bien, cuando se les dice que “van a ir al doctor”, esperan un examen físico o una inyección. Muchos niños no reciben ninguna información acerca de la visita y, en consecuencia, a menudo tienen expectativas equivocadas de lo que sucederá o tendrá lugar.

Una preparación inadecuada hace que el contacto inicial sea más difícil. Ayudar a los pacientes y a sus padres a entender qué esperar –y a tener las mismas expectativas– facilita en gran medida el proceso de recabar información. Por lo general, esto significa que el clínico educa a los padres y les da instrucciones de qué explicarle a su hijo.

Todos los miembros de la familia que asistan deben saber que esta cita es diferente de una visita a otros profesionales de la salud, y que el centro de atención serán los sentimientos y las conductas, no el bienestar físico y que, como clínicos, es necesario entender la naturaleza de estos problemas para poder ser de utilidad. Se debe indicar a los padres que se hablará con ellos y con el niño, juntos y por separado. Si es posible, es mejor pedirles que no lleven a otros niños a la cita. Si eso no es posible, les debe pedir que asista alguien más que pueda hacerse cargo de los otros niños.

Dependiendo de la edad del niño al que se entrevista, se deben revisar por anticipado aspectos específicos de la evaluación. Por ejemplo, se debe avisar a los niños pequeños sobre las pruebas psicológicas que se le presentarán, las técnicas de juego, las entrevistas familiares o que estará solo sin sus padres. Tienen que saber que la visita inicial tendrá cierta duración, que no se trata de un castigo y que regresarán a casa después de la visita (a menos que se trate de un paciente interno o de cuidados residenciales). Los niños pequeños también necesitan que se les asegure que el profesional no los lastimará; si existe la posibilidad de un examen físico, también se debe aclarar.

Comunicar estos conceptos difíciles es una tarea inmediata y práctica. Se debe ayudar a los padres a elegir el lenguaje y las frases apropiadas para la edad del niño, su nivel de desarrollo y el nivel de comprensión cognitiva. En una entrevista telefónica inicial, se puede preguntar a los padres qué palabras y frases usa el niño y, luego, alentarlos a que le describan en qué consiste la evaluación usando su propio lenguaje. A menudo es útil en la sesión inaugural determinar la comprensión y las expectativas de un joven paciente respecto de la evaluación (“¿Qué te dijeron sobre esta visita?”). Después de esta pregunta, se puede indagar en lo que el paciente sabe sobre los problemas de interés en la entrevista.

EL PRIMER CONTACTO

Un joven puede estar renuente a hablar directamente de los síntomas o problemas, y sentirse asustado frente al profesional y el lugar por ser extraños para él. Del mismo modo que algunos adultos, los niños pueden sentirse ansiosos en el consultorio del doctor. Así, una respuesta concreta usual de un niño a una pregunta más apropiada para un adulto, “¿Qué te trajo por aquí el día de hoy?”, es “Mi mamá.” Asimismo, “¿Cómo te sientes el día de hoy?” suele ser respondida, “Bien.”

¿Cómo debe ser la primera entrevista? Los clínicos difieren, tal vez en parte, porque los jóvenes y sus situaciones pueden ser muy diferentes. Los estudios controlados no ayudan a elegir un tipo de entrevista y no otro, así que el clínico tiene que decidir qué estilo de entrevista utilizar con base en lo que sabe del paciente a través de la fuente que lo envió, la edad del paciente y sus propias experiencias y preferencias.

Algunas veces, la estructura de la valoración inicial deriva de circunstancias externas, como el número de visitas autorizadas, contempladas en el plan de aseguramiento. No se debe seguir un plan rígido; es más importante establecer una alianza terapéutica positiva con el paciente y la familia desde el primer momento del contacto. Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas –que incluyen un guión de preguntas, a veces preguntas ramificadas, incluso muy detalladas– garantizan que todos los aspectos de la salud mental se aborden, pero son menos eficaces para generar emociones y material histórico inusual.

Los adultos que agendan la cita contribuyen a decidir cómo se debe estructurar la primera entrevista. (Algunos clínicos prefieren entrevistar a los padres de un niño pequeño antes, sin la presencia de éste). ¿Sienten que pueden hablar libre en presencia del joven paciente? ¿La conducta del niño los distraería demasiado de la entrevista? En la primera llamada, se debe hacer hincapié en que ambos padres asistan a la primera sesión si es posible. Sin embargo, si sólo se presenta uno de los dos (como suele ocurrir la mayoría de las veces), es posible programar otra entrevista más adelante con el otro padre u otros miembros de la familia que participen en el cuidado del niño.

Por lo general, uno de los padres debe estar presente en la parte inicial de la entrevista con un niño, para poder observar la interacción padre-hijo. Como regla general, tratándose de un niño, es conveniente dividir la primera entrevista para ver al padre y al niño juntos en la primera parte, y luego pedirle al padre que salga para continuar con el niño solo. Si el niño permite una breve separación, se puede observar de qué manera la tolera y, luego, se reúne con el padre. Esto proporciona información importante acerca de los estilos de apego del niño y de los padres. Tratándose de un adolescente, con frecuencia es mejor encontrarse primero con el paciente.

A veces, cuando un niño o adolescente es llevado a evaluación, es evidente que el problema va más allá del paciente identificado. Por ejemplo, el joven puede estar reaccionando a través de la conducta sintomática a la separación de los padres, la muerte de un familiar o algún otro problema que empezó en otro miembro de la familia. Debido

a que a veces ocurre que nadie admite abiertamente la existencia de otros problemas, es necesario observar con sensibilidad, empleando el juicio clínico para valorar las múltiples fuentes de estrés y disfunción.

ESTABLECIMIENTO DEL *RAPPORT*

Una evaluación inicial tiene tres componentes que se desarrollan al mismo tiempo: establecer una alianza terapéutica positiva, recabar información y (en menor medida) intervenir terapéuticamente. La primera tarea del clínico es establecer una relación de trabajo con el joven paciente y su familia. Esto requiere flexibilidad, un buen conocimiento de cómo funcionan las capacidades de los niños de distintas etapas de desarrollo, una gran paciencia y buena disposición. A veces, es necesaria más de una sesión. Con un niño pequeño, con frecuencia se requieren juguetes o materiales lúdicos para romper el hielo (véanse “La entrevista de juego”, más adelante, y los ejemplos de los capítulos 5 y 6).

Puede ser necesario comenzar con una conversación que no esté relacionada con el motivo de consulta, a lo que se denomina frente a un adulto “pequeña charla”. Los temas interesantes para un niño o adolescente ayudan a desarrollar el *rappont* y no son considerados amenazantes. Para promover la participación de los jóvenes pacientes se pueden hacer preguntas sobre programas populares de la televisión, películas, eventos deportivos, juegos de computadora y otras actividades relevantes y adecuadas para su edad que despierten su interés. La capacidad del clínico para hacer sentir cómodo y relajado al joven paciente, evitar la condescendencia y la manipulación es crucial para construir una relación de confianza.

ESTILO DE ENTREVISTA

Los recuerdos de los niños pequeños son influidos con facilidad por las circunstancias. Por el deseo de complacer al adulto, los niños pueden dar respuestas que piensan que el adulto quiere oír. Por lo tanto, el clínico debe esforzarse por ser honesto haciendo preguntas que promuevan los recuerdos espontáneos. Se deben hacer preguntas sencillas y pertinentes, reformular desde perspectivas ligeramente distintas para ver qué tan consistentes son las respuestas. Prestar cuidadosa atención a las claves no verbales,

como señales de ansiedad, retraimiento y cambios en el estado de ánimo, así como al opositorismo y a los cambios súbitos de tema (Véase el material de la entrevista no directiva del capítulo 1).

Mientras que los adolescentes, con frecuencia, son capaces y están dispuestos a responder preguntas de manera directa y a elaborar sus sentimientos, los niños preadolescentes, por lo general, expresan sus sentimientos y describen los conflictos a través de las situaciones que surgen en el juego. También es necesario observar cómo se desarrolla en el tiempo la entrevista. Por ejemplo, ¿un niño tímido, necesita animarse y participar conforme avanza la sesión? ¿un niño ansioso, disperso, hiperactivo se tranquiliza a medida que se desarrolla la entrevista?

CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD

En todos los casos, es necesario garantizar a los participantes la confidencialidad de la información. Desde luego, el entrevistador debe explicar al niño y al adolescente que tendrá que compartir con el adulto responsable adecuado cualquier información sobre situaciones potencialmente dañinas para la salud o bienestar del propio paciente. El tema de la confidencialidad debe discutirse con todos los niños mayores de 7 años de edad. Se puede decir al adolescente:

“Lo que hablemos tú y yo será confidencial. Yo no se lo diré a tus padres ni a nadie más. La única excepción sería que yo considere que estás haciendo algo peligroso para ti o para alguien más. Entonces, yo tendría que decírselo a tus padres. Pero no lo haré sin avisarte antes. Y, si es posible, hablaré de ti sólo cuando tú estés presente”.

A un niño más pequeño, se le podría decir:

“De lo que hablemos aquí quedará sólo entre nosotros. De vez en cuando, voy a necesitar que tu mamá y tu papá entren al consultorio contigo para que podamos hablar juntos. Pero si tú no estás presente, yo no hablaré de lo que hagamos en este espacio. Si a tu mamá le preocupa algo de ti, le pediré que me lo diga cuando también estés presente, para que puedas oír”.

En presencia del niño o adolescente, podemos decir a uno de los padres,

“Cualquier cosa de la que me entere en nuestras sesiones, se quedará como

información confidencial a menos que me preocupe la seguridad o bienestar [del paciente]. Entonces le pediré que nos acompañe y discutamos lo que me preocupa. Del mismo modo, me reservaré lo que usted me diga en privado acerca de usted mismo o de su familia”.

Aunque, por lo general, se busca observar la interacción entre el paciente con, al menos, uno de sus padres, lo primero que se debe hacer es proteger al paciente de la información potencialmente dañina: aventuras amorosas de los padres, un divorcio inminente o una demanda, o la posibilidad de que uno de ellos pierda el trabajo. Con el tiempo, el paciente se enterará de cualquiera de estas noticias pero, si lo hace, será en un mejor momento y lugar que la primera entrevista. Algunos padres informan de todo mientras sus hijos están escuchando; otros se muestran renuentes a mencionar algo que pueda provocar ansiedad en presencia de sus hijos. Cualquiera de estos extremos indica patrones de interacción familiar que son importantes de comprender. Con el tiempo, la experiencia dirá qué información se debe compartir con los jóvenes pacientes, dependiendo de su naturaleza, la sensibilidad manifiesta de los padres y la etapa de desarrollo del paciente.

¿A qué edad se puede entrevistar a un niño solo? Desde luego, esto depende en gran medida de su madurez, el objetivo de la entrevista y la cooperación de los padres. Pero una regla general puede ser ésta: alienta a uno de los padres a quedarse con un niño de 10 años o menor, pero destina una sesión privada como parte de la evaluación de un niño mayor. Por lo general, es preferible entrevistar primero a un adolescente antes que a sus padres para hacer hincapié al paciente que la evaluación es para él y sobre él. En el caso de niños menores y de quienes han avanzado menos en términos de desarrollo, suele ser beneficioso pedir primero a los padres que describan los problemas actuales.

LA ENTREVISTA CON JUEGO

Fundamentos y materiales

¿Por qué los clínicos usan con tanta frecuencia el juego? A menudo, los niños pequeños cuentan una historia a través del juego y simulan que los eventos les suceden a los muñecos a figuras humanas imaginarias.

En la entrevista con juego, el entrevistador es un observador-participante, sigue al niño en la dirección que elija en su juego. El juego le brinda al niño la seguridad por la distancia que puede tomar respecto de las emociones creadas por el problema. También

funciona como un puente natural de comunicación entre niño y adulto. Debido a que los niños conocen muy bien el juego en casa y con otros niños de su edad, ayuda a reducir la ansiedad que provoca un lugar desconocido. También refleja situaciones y conductas que el niño experimenta en la vida real, y le brinda la oportunidad de adquirir dominio de diversas actividades físicas e intelectuales.

Los materiales de juego permiten la producción de fantasías. Las figuras humanas y de animales que se pueden construir en las constelaciones familiares son populares, al igual que los materiales de dibujo o construcción. En especial, se prefieren los *Transformers*, es decir, los muñecos de colores de acción que un niño puede manipular para crear diversas formas. Recordar que mientras más estructurados sean los juegos y juguetes, son menos personalizados. Los juegos de mesa, como las damas inglesas y *Candy Land*, y los de cartas, como *Old Maid* y *Black Jack*, pueden despertar el interés y la cooperación del niño, pero casi nunca proporcionan mucha información clínica útil. En el mejor de los casos, indican si un niño comprende y sigue los principios de los juegos con reglas (la mayoría de los adolescentes prefiere hablar de sus problemas, pero algunos encuentran más fácil hablar mientras trabajan en un rompecabezas o juegan con limpiadores de pipa).

En la conversación telefónica previa, se puede preguntar a los padres qué materiales de juego son los más adecuados para un niño en particular.

La experiencia clínica demuestra que un adulto profesional que se pone al nivel físico de un niño que está sentado en el piso es menos intimidante y, con frecuencia, tiene más éxito en lograr la participación del niño. Si un padre y un niño entran a una entrevista en la que se dispone de los materiales de juego apropiados, a menudo es útil para el clínico sentarse al nivel del niño, sea en el piso o en la mesita de juego. El padre, que es conocido y no amenazante, puede sentarse en una silla cómoda.

Conducir la entrevista de juego

Se debe invitar al niño a explorar los materiales. A medida que el niño empieza a verbalizar las acciones o ideas relacionadas con los materiales de juego, es bueno propiciar la elaboración: ¿Cómo vamos a llamar a éste?” “¿Es bueno o es malo?” “¿Qué vamos a hacer con él ahora?” Conforme el tema se desarrolla, con frecuencia las preocupaciones del niño se reflejarán. A través de este juego de simulación, como se señaló antes, los niños toman distancia respecto de las poderosas emociones que experimentan.

A veces, las resistencias aparecen en forma de interrupciones del juego. Éste parece transcurrir con suavidad, y el niño se encuentra muy entretenido; de pronto, el centro de interés se desplaza a otro juego o rompe una construcción previa. Estas interrupciones del juego deben señalarse, pero, como temas de conflicto, la interpretación debe

guardarse hasta que se conozca mejor al niño y su familia.

Aunque el juego suele implicar sólo al clínico y al niño, en las primeras sesiones a veces resulta útil permitir que uno de los padres esté en el consultorio, o incluso hacerlo participar en el juego. La respuesta del padre como participante o como intérprete del juego aporta información adicional útil acerca de la relación padre hijo.

Estrategias de participación interactiva

Un entrevistador habilidoso utiliza diversas estrategias de participación interactiva en las entrevistas con juego. En los capítulos que siguen, se presentan ejemplos de dichas estrategias, muchas de las cuales también se aplican fuera del contexto de juego.

La **participación** se refiere a las estrategias del clínico para construir una relación respetuosa e interactiva. Algunas de ellas ya se han mencionado antes. Ejemplos de dichas estrategias son dejar que el niño proponga el ritmo de la entrevista, sentarse al nivel del niño, mantenerlo informado de lo que sucederá y escucharlo y seguirlo en el juego, en vez de dirigirlo.

La **exploración** busca obtener información sobre los aspectos positivos y negativos de la vida del niño y la familia. Pedir al niño y al padre relatar sus propias versiones de los eventos, pedir al niño que elabore los temas de su juego mediante preguntas que mantengan la máscara “imaginaria” de distancia (“¿Cómo crees que Jack [un muñeco] debe manejar esto?”), y emplear un estilo interactivo que haga sentir cómodo al niño son ejemplos de esta estrategia. Por lo general, es más productivo preguntar a los niños qué entienden en relación con un evento o tópico (“¿Qué pasó cuando llegaste a casa ese día?”) pedirle que lo explique.

Continuidad/profundización permite que el clínico amplíe el juego temático o el diálogo del niño para obtener información adicional relacionada con una conducta problemática en particular. Comentar sobre los dibujos del niño, o cualquier cosa con la que esté jugando, funciona mejor que pedirle que hable un tema específico o que elabore sus sentimientos en abstracto.

Recordar en el juego (interpretación) reconoce la repetición de conductas de las que el niño no se ha dado cuenta, tal vez porque ocurrieron en una etapa de desarrollo previa al inicio del lenguaje verbal. Tales interpretaciones deben ser muy pocas y breves, y en general deben presentarse una vez que ha avanzado la terapia y no desde el inicio. Como regla, no son adecuadas en la evaluación inicial.

El **establecimiento de límites** requiere la intervención del clínico para mantener los límites. Una regla básica en la entrevista infantil es establecer la menor cantidad posible de límites y medios de control. Sin embargo, lastimar al terapeuta, a otra persona, o destruir a propósito los materiales de juego o el mobiliario del consultorio debe quedar prohibido desde el principio y de manera consistente. Cada entrevistador debe definir su

zona de comodidad personal de lo que es una conducta aceptable. Resistir la tentación es mucho mejor que decir en repetidas ocasiones al niño que no use algo porque va a hacer un desorden; arreglar el consultorio o el cuarto de juego antes de una sesión de modo que reduzca al mínimo la necesidad de establecer límites puede ser la clave. Es obvio que un consultorio que contiene finas lámparas y pequeños objetos de arte esparcidos no es el lugar correcto para evaluar a un niño que ha sido descrito como “hiperactivo e impulsivo”. Arcilla, pinturas o agua y arena no se deben utilizar como materiales de juego si es importante mantener el consultorio en limpio. Cuando se usan materiales específicos de juego (figuras de masa, pinturas), se deben conservar de una sesión a otra.

TEMAS ESPECIALES

No existe una fórmula para lograr que cada entrevista sea sencilla y exitosa. Si un niño o adolescente va a recibir tratamiento después de la evaluación inicial, establecer el *rappport* y lograr su cooperación son metas mucho más importantes en los primeros encuentros que obtener información confiable y válida, pues ésta siempre se puede obtener de otras fuentes. La experiencia clínica, la apreciación de la etapa de desarrollo del joven paciente y un acercamiento empático a sus problemas en el contexto de la familia, los amigos y la escuela facilitan el establecimiento del *rappport*. No obstante, debido a que han experimentado un trauma significativo y decepciones, muchos niños y adolescentes enviados con profesionales de la salud mental tienen una capacidad limitada para confiar. Sólo un medio terapéutico de aceptación y consistente puede reconstruir su capacidad de cultivar relaciones positivas. En lo que resta del capítulo, se consideran preguntas que pueden surgir en el curso de la entrevista con tales pacientes.

¿Cómo debo enfrentar emociones negativas intensas como “Odio a mi padre”?

Niños y adolescentes con frecuencia expresan emociones negativas poderosas, como el odio hacia alguno de sus padres o el deseo de matar a uno de sus hermanos. Al reconocerlas éstas pueden ser proyecciones de un odio contra sí mismo y de impulsos suicidas, el terapeuta tiene que tolerar dichas emociones. Sin embargo, a veces, estos sentimientos reflejan el hecho de que el joven paciente está sufriendo abuso; en tal caso, se le tiene que brindar protección. Cualquiera que sea su significado, el clínico debe aceptar las expresiones de afectos negativos y tratar de comprenderlos.

Al mismo tiempo, se tiene el deber como clínicos de proteger a los demás, incluso a los que no conocemos. Esto significa que se tienen que adoptar acciones propositivas para advertir a las posibles víctimas si un paciente amenaza con matar a alguien en particular o de llevar una arma a la escuela.

¿Cómo puede responder frente a un niño o adolescente que suele resistirse a comunicarse, diciendo “No sé”?

Desde luego, si un joven paciente en verdad no comprende, reformular las preguntas es lo adecuado. Sin embargo, a veces, “No sé” significa que tiene miedo de responder; quizá los padres advirtieron al niño que no revelara cierta información. Asegurar la confidencialidad puede ser suficiente para los niños mayores y los adolescentes, pero los clínicos deben abstenerse de hacer promesas que no puedan cumplir. Por ejemplo, por ley un terapeuta no puede mantener como confidencial la aceptación de que ha vivido abuso físico o sexual.

Un clínico puede sospechar que existe abuso a través de juegos hostiles a partir de los temas que el niño expresa en el juego. Un niño que constantemente examina los genitales de un muñeco, hace que las figuras de animales se monten entre sí o le pega a una muñeca y la llama “mala” puede constituir una posible pista que indica la dirección en que se encuentra el problema.

Cuando se observa este tipo de juego, hacer comentarios como “¿Por qué le pegan al perro todo el tiempo? Yo creo que está tratando de ser un buen perro”, tal vez haga surgir más información. Por ejemplo, un niño puede responder, “No, él es malo. Siempre está haciendo desorden en la casa”. Entonces el entrevistador puede responder, “Apuesto que él trata de ser bueno, pero su papá no le cree”.

Al trabajar con un joven paciente, el clínico tiene que equilibrar constantemente la parte adulta, neutral y profesional del sí mismo que observa al paciente y la parte que se relaciona e interactúa con éste. El sí mismo participante —el “niño interno” del clínico— puede reaccionar de una manera benévola ante las expresiones de afectos negativos del paciente, mientras que el sí mismo adulto observador registra la interacción y la paulatina profundización de sus sentidos.

¿Cuándo está permitido tocar al joven paciente? ¿Cuándo no?

Las mismas reglas generales que se aplican a tocar a los pacientes adultos se aplican en el caso de niños y adolescentes. En algunos jóvenes, el mínimo contacto puede representar

un acercamiento sexual potencial o un ataque físico. En el caso de otros, puede parecer un signo de confianza excesiva o que lo tratan como a “un bebé.” El clínico se mueve sobre la línea que separa lo apropiado en términos sociales (un apretón de manos, una palmada de felicitaciones en la espalda) y condescendencia o demasiada confianza. Cada situación, merece una reflexión particular. Los temas de transferencia y contratransferencia son importantes en el tratamiento de niños y adolescentes, al igual que en el de adultos.

Ahora bien, a veces los jóvenes pacientes –sobre todo los niños más pequeños– necesitan restricciones físicas si se salen de control y se vuelven destructivos. Debido a que las restricciones pueden disparar al trauma o empeorar la conducta no deseada, es buena idea hablar con anticipación sobre cómo los padres manejan las conductas fuera de control en casa. Algunos niños pequeños manifiestan una ansiedad extrema en ciertas situaciones. Es absolutamente aceptable que el clínico pregunte al niño si un abrazo ayudaría. Si la respuesta es “sí”, el clínico debe sentarse junto al niño y darle un abrazo de costado explicándole que así es como se dan los abrazos en el consultorio. El abrazo de costado es una manera de dar contención sin violar los límites físicos; se recomienda que el clínico no permita al niño sentarse en su regazo. Otra vez, siempre que sea posible, el clínico debe discutir estas medidas con los padres con anticipación y obtener su consentimiento.

¿Qué hacer cuando un niño o adolescente miente?

Mientras que niños y adolescentes, con frecuencia, son evasivos o vagos, o se guardan la información (“No sé”, “No me acuerdo”, “Tal vez sí, tal vez no”), es raro que en el curso de una entrevista digan una mentira llana. Desde luego, para escapar de las consecuencias de su conducta, algunos pacientes (por lo general, los niños mayores o los adolescentes que han participado en actividades delincuenciales) dicen, “Yo no fui”, y quizá acusen a alguien más. Aunque garantizar la confidencialidad puede hacer que digan la verdad, también puede fallar, como cuando el clínico tiene que advertir a los padres de actividades que pongan en riesgo su vida. Una confrontación directa al principio de la relación con un niño o adolescente, por lo general, sólo genera una mala disposición; lo mejor es prevenir.

Una estrategia consiste en explicar la confusión que las mentiras crean en el clínico y cómo interfieren en lo que los propios pacientes quieren (p. ej., salir del hospital). Entonces, ofrece una alternativa: “Si no quiere hablar sobre algo, es mejor que digas ‘No quiero hablar de eso’. Al principio de la relación terapéutica, **no** buscar detalles de los eventos o conductas a veces reduce la probabilidad de recibir una mentira. Desde luego, si la información es crucial para hacer un diagnóstico exacto o un plan de tratamiento adecuado, se tienen que formular las preguntas. Sin embargo, si se trata de algo que se

pueda obtener de otras fuentes o no es necesario en lo inmediato, aplazarla para cuando haya más confianza en la relación y, por lo tanto, la necesidad de mentir sea menor.

Un niño enojado que acusa a uno de sus padres de abuso plantea un desafío especial. A veces, la acusación puede reflejar la realidad, pero hay otras ocasiones en que, por distintas razones, se trata de manipulación para hacer que la policía vaya tras del padre en cuestión. Si existen dudas, es importante informar las sospechas al personal de servicios de protección a la infancia. Su trabajo es evaluar la seguridad en que vive el niño.

¿Cómo logro que un niño que no habla ni juega participe?

Algunos niños se niegan por completo a hablar, jugar o interactuar con el clínico. En tales casos, se deben descartar los trastornos neurológicos, la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista, pero los niños con mutismo selectivo también se niegan a participar. Por lo general, la información proporcionada por otras fuentes es útil para diferenciar estos diagnósticos. Esa conducta que se presenta en un niño que antes ha interactuado puede indicar un nuevo trauma o un cambio en la actitud hacia el clínico o la terapia. En ese caso, es importante hablar con los miembros de la familia acerca del cambio en la conducta. Por supuesto, también es importante no tomar de manera personal la conducta. En vez de coaccionar o amenazarlo para tratar de que participe, será necesario hacer una observación imparcial del paciente. En el caso de niños pequeños, se puede comenzar un juego solitario (p. ej., con muñecas en una casa de muñecas), al que el niño puede unirse más adelante.

¿Debo usar entrevistas estructuradas con niños y adolescentes?

Las entrevistas estructuradas para niños y adolescentes se crearon para mejorar la calidad de la información en el ámbito de la salud mental. También permiten que entrevistadores no profesionales, pero con entrenamiento en el uso de instrumentos puedan obtener información diagnóstica con una validez y confiabilidad adecuadas con fines de investigación. Varias de esas entrevistas están disponibles para los profesionales de la salud mental; todas proporcionan indicaciones para su aplicación y abordan numerosos síntomas, conductas y situaciones. Estas entrevistas ofrecen distintos grados de flexibilidad en su aplicación.

Las entrevistas más estructuradas especifican las frases exactas, el orden y la

codificación permitida para minimizar el papel de las inferencias clínicas por parte del entrevistador.

Las entrevistas semiestructuradas están diseñadas para que las aplique un entrevistador con habilidades clínicas sofisticadas que haya recibido un entrenamiento amplio en su uso, son menos prescriptivas y permiten mayor libertad en la toma de decisiones. Aunque se han enlistado algunas de estas herramientas para la entrevista en el apéndice 1, se cree que un clínico empático con experiencia en la ciencia y el arte de la entrevista a menores puede obtener la información clínica relevante. La flexibilidad inherente a una entrevista no estructurada realizada por un clínico calificado también ofrece grandes oportunidades para construir una relación duradera de tratamiento. Ahora bien, algunos cuestionarios de autorreporte o para padres o maestros ayudan a obtener datos cuantitativos valiosos que pueden ser monitoreados para medir las mejorías en el curso del tratamiento.



Capítulo 3

Introducción al desarrollo

No se pretende presentar detalles completos del desarrollo infantil y adolescente. Sin embargo, debido a que la técnica de la entrevista y la capacidad diagnóstica en psiquiatría infantil y adolescente requieren de conocimientos sólidos de estas etapas de desarrollo y sus logros más importantes, es pertinente hacer una breve revisión.

Tampoco se pretende que este capítulo sea una introducción al importante tema de los conceptos del desarrollo y de los preceptos necesarios para evaluar a pacientes jóvenes a lo largo de cada etapa. Sólo se abordan algunos cambios que caracterizan el paso de la infancia temprana a la adultez joven. En la tabla 3-1 se resumen los logros más significativos.

Desde luego, no hay delimitaciones claras; el desarrollo fluye, al parecer, de una etapa a la siguiente. Además, los cambios implican no sólo el despliegue de la maduración biológica, sino los efectos de las influencias ambientales. Por ejemplo, la estatura y el peso son resultado de la interacción entre la programación genética y el consumo de nutrientes y el estado general de la salud. Muchos avances ambientales que afectan a los niños de la actualidad y a sus padres eran desconocidos hace 100 años. En la práctica, el siguiente material, que aparece tan ordenado en secciones y párrafos, está estrechamente relacionado.

También se advierte que los niños normales varían en gran medida en su ritmo de desarrollo. Por ejemplo, el hermano A de un par de gemelos empezó a leer a los tres y medio años de edad, apenas después de que el hermano B aprendió a nadar. El hermano A aprendió a nadar y el hermano B aprendió a leer dos años después; en la adolescencia, los dos hermanos nadaban y leían bien. Las edades que presentamos aquí son promedio o producto del consenso entre los expertos; sin embargo, al igual que con los gemelos, el rango esperado entre la población normal es amplio.



INFANCIA TEMPRANA (DEL NACIMIENTO AL PRIMER AÑO)

El periodo que abarca del nacimiento al primer año de vida incluye los más grandes cambios en el desarrollo del ser humano. Va de la dependencia total a las primeras señales de autonomía, de la regulación diádica a los inicios de la autorregulación. Este periodo también es testigo del desarrollo del lazo social que une al bebé con los seres humanos adultos.

Aquí parece pertinente hacer un paréntesis sobre el lugar de nacimiento entre los hermanos. Más de 80% de los niños de EUA tiene uno o más hermanos, quienes influyen en el desarrollo general del niño. Los padres tienden a tener una relación más cercana con su primogénito y a prestarle mayor atención. Los primogénitos reciben más estimulación de los padres, pero las expectativas y las demandas que pesan sobre ellos también son mayores. Por ello, los primogénitos tienden a identificarse con sus padres (y con la autoridad en general) más que sus hermanos menores. También se ajustan más a los valores y a las expectativas de los padres, y tienen una mayor motivación por alcanzar logros escolares, son más meticulosos y más propensos a sentir culpa, y menos agresivos que sus hermanos. Quizá en parte por estas características, muchos científicos y académicos eminentes son primogénitos. Pero éstos también tienden a ser menos receptivos con las ideas que cuestionan una postura ideológica o teórica popular.

En años recientes, se ha aprendido mucho sobre las notables capacidades de un recién nacido. Todavía en la década de 1940, la mayoría de los psicólogos del desarrollo creían que los bebés eran, en palabras de William James, “cauces zumbantes, florecientes de confusión”. Debido a que se observaba que los bebés dormían la mayor parte del día y cuando estaban despiertos sólo era para alimentarse, sus finas capacidades sensoriales se desconocían. Sin embargo, los nuevos y sofisticados métodos de evaluación, combinados con las habilidades de observación perfeccionadas por los etólogos de la conducta animal, han revelado que los cerebros de los bebés están prediseñados para reconocer las señales humanas casi desde el nacimiento. Hay un rápido desarrollo de la agudeza visual, de 20/200 a las dos semanas de edad; de 20/70, a los 5 meses, y de 20/20 a los 5 años. Los bebés de una semana pueden distinguir lo nuevo de lo conocido: ya han aprendido a discriminar el olor de su madre del de mujeres lactantes desconocidas, y prefieren el rostro de su madre al de extrañas. Estas preferencias sensoriales inicia el proceso de apego que los une a sus padres.

Desde luego, sin los cuidados adecuados en los primeros momentos de la vida, los bebés humanos morirían. El sistema de apego garantiza la supervivencia brindándoles

equilibrio entre la seguridad y la curiosidad/exploración. Los bebés que no tienen a un adulto sensible y constante que se dedique a cuidarlos, con frecuencia, no adquieren un apego seguro con ningún adulto y son menos sensibles en términos sociales. Algunos sonríen, vocalizan, ríen o se acercan a los adultos en menor grado; otros buscan indiscriminadamente atención yendo de un adulto a otro sin mostrar una preferencia especial por alguno de ellos. Esta conducta se ha observado tanto en niños que han sido criados en ambientes institucionales impersonales y en monos que crecieron en aislamiento.

Las características de la relación de apego se deben medir mediante el paradigma de laboratorio, la *situación extraña* de Ainsworth, cuando el niño tiene un año de edad. La situación extraña implica una serie de separaciones y reuniones con uno de los padres (por lo general, la madre), en presencia de un extraño y en una habitación desconocida. Un niño que muestra sólo un malestar moderado cuando su madre lo deja, está al pendiente de su regreso y que se deja consolar por ella con facilidad, se le considera con **apego seguro**. Por el contrario, un niño puede tener un **apego inseguro** de dos modos distintos. El pequeño que no se da cuenta de la partida de su madre, juega sin interrupción mientras ella no está y parece ignorarla cuando regresa se denomina **evitativo**, mientras que un niño que se altera extremadamente cuando su madre lo deja, se resiste a que ella lo consuele cuando regresa y es difícil de calmar se denomina **ambivalente (o resistente)**.

Cerca de 65% de los niños de EUA se clasifican en la categoría de apego seguro, 20% como evitativos y 15% resistentes. Si todas las demás condiciones permanecen son iguales, se piensa que los niños que muestran un apego seguro en los primeros dos años de vida tienen mayores probabilidades de ser seguros en términos emocionales y más sociales durante su infancia posterior que los que muestran un apego inseguro. Aunque los datos no son definitivos, los niños con apego inseguro tienen un riesgo mayor de tener problemas sociales o emocionales en su infancia posterior.

Todos los estilos de apego mencionados antes forman parte del estilo de **apego organizado**. Cuando los padres son la fuente de estrés, pero también los que dan alivio, pueden desarrollarse conductas de apego desorganizado en el reencuentro con el padre. Esta conducta se caracteriza por contradicciones (p. ej., mostrar indiferencia hacia la madre después de su regreso), dirección equivocada (buscar al extraño en vez de al padre), estereotipia (como jalarse el cabello repetidamente) o congelamiento (incapacidad para acercarse o alejarse del padre, como si estuviera disociado). Los niños cuyo estilo de apego es desorganizado tienen un mayor riesgo de presentar más adelante alguna psicopatología.

Tabla 3-1. Indicadores del desarrollo en la infancia y la adolescencia temprana						
Edad	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Afecto/estado	Lenguaje/habla	Relaciones	Capacidad

			<i>de ánimo</i>			<i>intelectual/simbólica</i>
1 mes	Levanta la cabeza ligeramente recostado boca bajo			Hace sonidos con la garganta	Puede identificar a su madre con la vista	
2 meses	Controla la cabeza cuando se le sostiene sentado	Agarra un objeto que se le pone en la palma de la mano	Sonríe (por reflejo)	Balbuceo espontáneo Sonríe (por reflejo)	Responde más a su madre que a otros	
3 meses				Arrullo responsivo		
4 meses	Puede apretar una mano contra la otra, sostiene la sonaja	Le pega a los objetos	Sonríe a otros (sonrisa social)	Ríe y chillaba		Busca un objeto que ha desaparecido de su vista
5 meses	Gira; juega con sus pies	Intenta alcanzar un objeto para agarrarlo	Ríe; muestra emoción; se disgusta si le quitan un juguete	Hace sonidos de “trompetilla” con la boca		Explora objetos con la boca
6 meses	Se queda sentado cuando se le pone en esa posición; buen control de la cabeza	Se pasa un objeto de una mano a otra		Imita sonidos	Apegado a los adultos que lo cuidan	
7 meses	Puede sostener dos juguetes al mismo tiempo		Empieza a mostrar ansiedad frente a los extraños	Sílabas definidas, como <i>ma</i> y <i>pa</i>		
8 meses	Puede sentarse; se come sólo una galleta			Comprende el <i>no</i> ; dice <i>papá</i> y <i>mamá</i> , pero no como nombres específicos		
9 meses	Gatea; sostiene su biberón	Golpea dos objetos entre sí		Usa <i>Papá</i> y <i>Mamá</i> como nombres; observa un objeto cuando escucha su nombre	Juega “¿dónde está el bebé?” Y otros juegos	
10 meses	“Camina” si se le sostiene de las manos	Aprieta un objeto entre el índice y el pulgar para sostenerlo	Expresa distintas emociones, como afecto, enojo, ansiedad, tristeza	Dice al menos una palabra distinta de <i>dada</i> y <i>mama</i>	Dice adiós con la mano	Prefiere ciertos juguetes
11 meses	Camina apoyándose en los muebles	Quita la tapa de una caja	Empieza a hacer berrinches	Entiende cerca de 10 palabras	Le ofrece un juguete a su imagen en	

					el espejo	
12 meses	Primeros pasos solo; ayuda a vestirse (p. ej., empuja el pie en el zapato)		Puede mostrar ansiedad de separación	Entiende órdenes sencillas con ademanes		
13 meses	Sube escaleras gateando			Puede decir 5 o 6 palabras distintas de <i>papá y mamá</i>		Puede encontrar un objeto explorando con la vista
14 meses	Camina solo	Hace garabatos			Le da besos al osito de peluche	Imita conductas de sus padres
15 meses		Usa cuchara para tomar los alimentos		Señala objetos deseados	Devuelve los abrazos; quiere complacer a los padres	Le gusta jugar con las cosas de los adultos
18 meses	Puede lanzar una pelota; trepa a una silla; sube y baja escaleras sin ayuda	Imita un trazo sencillo con un crayón	Comienza el oposicionismo	Puede decir de 10 a 50 palabras; señala las partes de su cuerpo; sigue instrucciones fáciles; señala imágenes de objetos comunes	Busca atención afectuosa; abraza un muñeco o un osito con afecto	Le gusta explorar roperos y armarios
21 meses	Puede agacharse y volver pararse	Puede manipular la cuchara para comer		Formula oraciones de 2 o 3 palabras (por lo general, verbo + sustantivo); usa palabras para preguntar por cosas	Es posesivo con sus juguetes	Se reconoce en el espejo
24 meses	Corre bien; puede caminar hacia atrás	Puede dibujar círculos, se pone algunas prendas de vestir		Puede decir hasta 250 palabras; formula oraciones de tres palabras; usa los pronombres yo y tú; usa su propio nombre; 25% del habla es inteligible	Su juego es solitario en su mayor parte (juego paralelo), pero muestra interés en el juego de otros	Inicia el juego de fantasía (p. ej., con muñecas); recuerda uno o dos datos (p. ej., números o palabras)
30 meses	Puede brincar algunos centímetros en el suelo; logra controlar los esfínteres	Puede sostener un crayón entre los dedos y reproducir líneas verticales y horizontales	Expresa orgullo por sus logros	Formula oraciones completas (de 4 a 6 palabras) con pronombres;	Juega a ayudar en los quehaceres del hogar;	Puede imaginar qué podría pensar o sentir otro niño

				nombre seis o más partes del cuerpo	se relaciona con los miembros de su familia	
3 años	Pedalea el triciclo; puede saltar en un solo pie; puede alimentarse sin derramar las cosas; se arregla; puede lanzar hacia arriba; empieza a mostrar preferencia por una mano	Puede manipular objetos pequeños con habilidad; reproduce el signo de más (+); puede construir una torre (de hasta 10 bloques); dibuja a una persona con dos rasgos faciales	Disminuye el opositorismo; le gusta presumir	Tiene un vocabulario de trabajo de unas 1 000 palabras; puede decir el uso de objetos (pelota, lápiz); 75% del habla es inteligible	Juega con otros niños; se interesa en las diferencias sexuales	Comprende el significado de dos o tres cosas; puede comparar tamaños (grande vs. chico); puede mencionar su propio género; usa objetos para representar a personas en el juego; puede decir su nombre completo
4 años	Puede saltar hacia adelante; puede vestirse con supervisión; puede caminar hacia arriba, de izquierda a derecha y a izquierda	Puede dibujar a una persona con rostro y brazos o piernas; puede copiar un cuadrado de un dibujo	Puede tratar de controlar las emociones (p. ej., el llanto)	Puede nombrar al menos tres colores; disfruta los ritmos; sigue tres órdenes; puede contar una historia	Asume un papel en el juego con otros	Puede hacer y cumplir un acuerdo

Nota. Esta tabla, por lo general, lista conductas y logros que los padres o maestros pueden percibir en el curso de las interacciones cotidianas con un niño, o qué procedimientos de prueba sencillos revelarían. Muchos otros logros y atributos, incluyendo los de las áreas de ética, memoria, desarrollo sexual y desarrollo del apego a los padres, se pueden determinar mediante una entrevista en profundidad o con pruebas especiales.

También nota que los expertos no siempre están de acuerdo con las edades en que se realizan por primera vez ciertas tareas. Las posibles razones de los desacuerdos son: los datos se obtienen de poblaciones diferentes o en épocas distintas, o tal vez que se basan en impresiones más que en datos. La variabilidad debe ser una advertencia para que no se tome ningún conjunto de normas demasiado al pie de la letra, sino para considerarlos como puntos de referencias en vez de estándares.

Aspectos del desarrollo

La complejidad general del funcionamiento es mayor que la suma del aumento en el tamaño, la maduración del sistema nervioso y las vicisitudes del ambiente. La intersección de los potenciales innatos del niño y las influencias parentales se ha denominado **regulación diádica**: proceso emocional cuyo momento más evidente es en el primer año de vida.

Fisiología

Una tarea importante del primer año es pasar de la regulación parental de la alimentación y el sueño a la autorregulación. Los padres primerizos con frecuencia se sorprenden por el grado en que la vida cotidiana del hogar se organiza alrededor de las necesidades del bebé. Éste duerme la mayor parte del día y de la noche -hasta tres cuartas partes del tiempo- y no distingue entre las horas diurnas y nocturnas. En los primeros meses, se resuelve a favor de las demandas de socialización la lucha entre el horario innato de sueño del bebé y el de los cuidadores adultos. Al final del primer año de vida se establece un patrón de sueño: duerme toda la noche en lugar de periodos de 4 horas.

Incluso un bebé recién nacido tiene sentidos agudos. Como lo demuestra la dirección en que giran la cabeza un bebé de una semana distingue el olor del pecho de su madre del de otra mujer lactante, discrimina el rostro materno y su voz (los investigadores incluso han sugerido que antes del nacimiento el bebé ya reconoce algunos sonidos). Desde luego, a lo largo de los primeros años de la infancia, estas asociaciones de recuerdos tempranos se refuerzan muchas veces.

Temperamento

La rapidez y eficiencia con que el bebé se ajusta a los ritmos de vida depende, en parte, de la compatibilidad de los temperamentos del niño y los padres. El **temperamento** se define como las características innatas que matizan el carácter del individuo. Se trata de algo inherente y, hasta cierto punto, determinado biológicamente, como lo demostraron Stella Chess y Alexander Thomas en la década de 1960. Ellos describieron nuevas dimensiones básicas del temperamento: nivel de actividad, ritmo de las funciones biológicas, acercamiento (*versus* alejamiento) a los estímulos nuevos; adaptación, umbrales sensoriales a los estímulos, intensidad de la reacción, calidad del estado de ánimo, distracción y periodo de atención/persistencia.

Chess y Thomas caracterizaron a un niño “fácil” a aquel que se adapta con facilidad, se acerca de buena gana a los estímulos nuevos y tiene funciones biológicas con ritmo regular y un estado de ánimo positivo con intensidad moderada. Es evidente hasta qué grado un bebé fácil hace que el cumplimiento de las tareas parentales sea más sencillo. Un niño “difícil” (10% de su muestra) tiene funciones biológicas irregulares, un estado de ánimo intenso y, con frecuencia, negativo, se retrae ante los estímulos y se adapta con lentitud o de manera incompleta. Ellos también describen al “niño difícil de calmar” como uno cuyas respuestas a situaciones nuevas son levemente negativas y cuya capacidad de adaptación es baja, incluso después del contacto repetido. Sin embargo, las características temperamentales individuales observadas en bebés no de manera necesaria predicen la conducta con precisión.

Conducta motriz

La primera conducta motriz organizada, presente incluso antes del nacimiento y necesaria para la supervivencia, es la succión. Después, al principio de la vida fuera del útero materno, los bebés controlan el movimiento de la cabeza en dirección de los estímulos que llaman su atención. Desde luego, esto indica que es importante la estimulación de los padres como determinante de la velocidad y el alcance del desarrollo motor. El control motor va de la cabeza a los pies, y de lo cercano a lo lejano (ejemplo: del hombro al brazo, a la mano y al dedo). Hay una progresión gradual de la conducta instintiva (agarrar un objeto que siente en la palma de la mano) a tratar de alcanzar un objeto, a manipular objetos con cierta intención (p. ej., el niño aprende a ayudar en la alimentación sosteniendo el biberón y, un poco después, una taza y una cuchara). Aquí se encuentra otra vez una oportunidad para los padres de influir en el desarrollo mediante expresiones alentadoras verbales y no verbales (sonrisas y aplausos). Brindarle materiales para explorar también promueve el desarrollo de coordinación motriz fina a medida que el bebé poco a poco practica más en agarrar, cambiar de lugar las cosas y señalar.

Conducta afectiva

Desde la octava semana, la sonrisa del bebé promueve la interacción y el vínculo con los padres. En el décimo mes, los niños se apegan selectivamente a otras personas -padres, hermanos, niñeras. El miedo a los extraños aparece entre los meses 8 y 12, y se caracteriza por el recelo cuando una persona desconocida intenta interactuar con el niño. La ansiedad de separación empieza pocos meses después y se observa cuando los padres dejan al niño. El niño puede protestar ante su partida aun cuando se quede con otra persona conocida. También a esta edad, el niño empieza a compartir sus experiencias emocionales con los padres y a ser afectado por los sentimientos de quienes lo rodean. Esto se conoce como **referencia social**.

Cuando el niño empieza a desplazarse, también empieza a explorar el ambiente. Gatear hacia el padre cuando éste lo llama ayuda a fortalecer el vínculo entre ambos. La secuencia de desarrollo es de una posición recostada, dependiente a una vertical, de “alejamiento”. La relación de apego (mecanismo de supervivencia básico como se señaló antes) promueve el equilibrio entre la comodidad y la proximidad en momentos de estrés, por un lado, y la exploración y curiosidad en momentos de bienestar, por el otro.

El desarrollo del apego también se relaciona con el proceso de diferenciación de sí mismo respecto de los objetos y personas cercanos. Los bebés primero exploran el mundo siguiendo con la vista los movimientos de los demás, y alcanzando objetos y explorándolos con la boca. La autoestimulación comienza en el cuarto mes y se vuelve parte genuina del juego en el octavo.

Comunicación

Los bebés sonríen, balbucean y se arrullan, con lo cual llaman la atención de sus padres. Estos estímulos sociales tempranos provocan interacciones positivas que se centran en los cuidados y el juego. Sin embargo, hay poca relación entre los sonidos producidos en esta etapa y la cantidad o calidad del habla del niño a la edad de dos años. El desarrollo del habla depende de la maduración del cerebro y de la exposición del niño al habla y la estimulación cognitiva en la interacción con los adultos. La vocalización avanza desde el llanto, el arrullo y los sonidos aleatorios hasta los inicios del habla con significado. Cuando sólo tienen tres meses de edad, el niño empieza a vocalizar en respuesta al habla humana. Los padres muestran aprobación ante esto, lo cual refuerza los esfuerzos del niño para comunicarse más mediante el habla.

Obtención de la información

Desde luego, en el sentido usual del término, nadie entrevista nunca a un pequeño bebé. Mucha información al respecto se obtiene directamente del padre que lleva al niño a la sesión. Esta información se equilibra con las observaciones de la interacción del niño con el adulto (la evaluación de los niños muy pequeños siempre debe realizarse en presencia del adulto).

He aquí algunas preguntas de especial interés para la evaluación de un niño muy pequeño: ¿Fue un embarazo planeado? ¿No hubo complicaciones en el embarazo y en el nacimiento? ¿Qué tan irritable ha sido el bebé? ¿Qué tan fácil es calmarlo? ¿Qué tan regulares son los horarios de alimentación y sueño? ¿Las expectativas de los padres son apropiadas para la edad de su hijo, o éste se encuentra en riesgo de eventuales sentimientos de inferioridad y culpa a causa de fracasos repetidos? ¿Cómo han manejado los padres anomalías como nacimiento prematuro o anomalías físicas, supuestas o reales? En tal caso, ¿aceptan a su hijo o se sienten culpables y consideran el problema como prueba de su propio fracaso?

La mayoría de la información que se puede obtener de un bebé proviene de la observación de sus interacciones con los demás y de los exámenes del desarrollo motor, sensorial y cognitivo (véase el apéndice 1). Con frecuencia, el bebé responde mejor cuando está sentado en el regazo del padre o la madre. Se debe prestar atención a la reciprocidad de las miradas, la capacidad para fijar la vista y seguir objetos en movimiento, la sensibilidad auditiva y la sensibilidad social (sonreír, llorar, evitativo). Observa aspectos generales del desarrollo: ¿el bebé parece fuerte y sano, o hay indicios de que el desarrollo se ha detenido o no ha logrado avanzar? ¿Hay alguna característica física evidente, como la apariencia típica del síndrome de Down? ¿Un bebé un poco mayor (o un niño entre 1 y 2 años de edad) participa con entusiasmo en juegos sencillos

como el de aparecer y desaparecer? La separación del bebé/niño y sus padres forma parte de la evaluación estándar de un niño pequeño. ¿Cómo responde el niño, con una ligera queja y una respuesta rápida a la distracción, con lamentos inconsolables o con indiferencia?

Por último, recordar que los niños muy pequeños se cansan con rapidez y la evaluación inicial puede requerir más de una sesión.

Síntomas

Diversas características, algunas de las cuales resultan ser síntomas, pueden aparecer en el primer año de vida. Desde luego, la mayoría de ellos también se pueden manifestar en etapas posteriores del desarrollo.

- No hay aumento de peso ni de estatura (fracaso del crecimiento).
- Sensibilidad social pobre (casi no sonríe, no extiende los brazos para que lo levanten).
- Problemas con la alimentación (protesta ante los alimentos nuevos, múltiples alergias a los alimentos, irritabilidad al ser alimentado, regurgitación/remasticación frecuente de los alimentos, ingiere sustancias que no son alimentos).
- Problemas con la regulación del sueño (no establece ritmos diurnos, duerme excesivamente durante el día, se despierta demasiadas veces en la noche).
- Falta relativa de vocalizaciones.
- Respuesta excesivamente temerosa, intensa o prolongada ante los extraños, no reconoce las diferencias entre los extraños y los cuidadores conocidos.

Diagnósticos del DSM-5 que se pueden encontrar en esta etapa o más adelante

Los diagnósticos listados abajo, por lo general, aparecen por primera vez en esta etapa. En el apéndice 2, se encuentra una lista más completa de diagnósticos y las edades en que con mayor frecuencia se encuentran en la infancia y la adolescencia.

- Discapacidad intelectual (no especificada, pero grave o profunda, o síndromes específicos como el síndrome de Down).

- Trastorno de rumiación.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (fracaso del crecimiento).

DEL PRIMERO AL TERCER AÑO DE VIDA

En cuanto los niños empiezan a crear lazos sociales con los cuidadores adultos, también comienzan su lucha por la independencia, la cual durará décadas. Incluso en la adultez temprana, el joven crea su propia familia y se desempeña en su carrera, los adultos luchan por una autonomía muy importante: el sentido de sí mismos. El periodo entre el primero y el tercer año de vida es la etapa de los “terribles dos,” el primer “no,” incluso la primera mentira (“¿Quién tiró la leche?” - “Yo no fui”). Éstos son los primeros indicadores importantes y positivos de un individuo separado, individual, único.

Aspectos del desarrollo

Éste también es un periodo de mucha curiosidad, de alegría en el descubrimiento de lo que es posible. Expresar sentimientos es importante, pero también lo es aceptar límites; los padres tienen que promover el equilibrio entre la exploración y la disciplina consistente. Los niños necesitan protección de la violencia y el daño, y tienen que aprender la importancia de la seguridad: evitar los enchufes eléctricos, las calles muy concurridas y las cosas calientes. En estos años, los niños desarrollan los inicios de la autodisciplina (por ejemplo, aprender a dejar las cosas intactas en los estantes de las tiendas, a mirar sin tocar los adornos del árbol de Navidad).

Debido a que los bebés y los niños pequeños son casi por completo egocéntricos, un desafío importante para los padres en este periodo es ayudarlos a aprender a compartir, esperar turnos y tener paciencia. Los niños empiezan a discriminar el yo del no-yo. Cuando están por cumplir dos años, logran reconocerse en el espejo y pueden señalar su propia imagen y la de otras personas. También se sienten fascinados con otros niños. En esta época, puede nacer un hermano del niño; esto le ofrece la posibilidad de tener un compañero de juego en casa y la oportunidad de ser un hermano o hermana mayor, pero también puede hacer que reciba menor atención de sus padres. En esta edad, los niños también adquieren su dotación completa de afectos. Se desarrollan sutilezas del estado de ánimo y la emotividad (cambios súbitos, tristeza, berrinches, lloriqueos); a veces responden de manera negativa al establecimiento de límites.

En estos dos años, la adquisición del lenguaje avanza a un ritmo de varias nuevas palabras por día, de modo que el vocabulario llega a estar conformado por cerca de 1 000 palabras. Al mismo tiempo, el uso del lenguaje pasa de palabras sueltas a oraciones completas en los que se aprecian los rudimentos de la gramática. Al final de este periodo, la mayoría de los niños ya han aprendido a hacer peticiones verbales en vez de señalar y llorar.

De manera paralela a la adquisición del lenguaje, la actividad motriz de los niños avanza desde los pasos inseguros e inestables hasta subir escaleras, correr, saltar y pedalear un triciclo. Los avances de las habilidades motrices les permiten empezar a cuidar de sí mismos. Los niños ayudan a ponerse y quitarse la ropa (por ejemplo, metiendo el pie en el calcetín), aprenden a elegir los alimentos y a tomarlos por sí mismos usando la cuchara y la taza. La percepción de la conducta madura y el deseo de tener más habilidades impulsan gran parte de estos progresos, que da paso al juego de fantasía como ensayo de la conducta adulta. Al final de este periodo, los juguetes empiezan a representar algún objeto que es percibido como importante en el mundo adulto, en vez de ser sólo un objeto que puede manipularse.

Obtención de la información

El periodo entre 1 y 3 años de edad es otra etapa difícil para obtener información confiable del niño; otra vez, suelen ser necesarias varias sesiones cortas para hacer el diagnóstico. Al igual que con los bebés, toda la información de su historia proviene de los padres, cuyas descripciones y preocupaciones deben tomarse con seriedad. En el consultorio del clínico, muchos niños no muestran las conductas sintomáticas que causan preocupación a los padres (advertencia genérica que se aplica a pacientes a veces incluso mayores de 20 años). En ocasiones, para la evaluación se requiere hacer visitas repetidas al consultorio para que el niño se sienta cómodo y seguro, visitas al hogar o a la guardería (dependiendo de dónde ocurran los síntomas). En otras ocasiones, si el padre del sexo opuesto, o la familia entera, lleva al niño al consultorio, es esclarecedor.

Al igual que el bebé, es importante observar la interacción del niño con el padre y la reacción del menor cuando el padre sale momentáneamente del cuarto. En su ausencia, se puede atraer el niño al juego. Se debe observar su comportamiento, la exploración de juguetes nuevos y la aprehensión del niño frente a un extraño. ¿Cómo se describiría la reunión cuando el padre regresa? Evaluar la ansiedad de separación, que es normal en esta edad, debe ser parte de toda evaluación. Un niño que ha padecido enfermedad, hospitalizaciones y otras separaciones puede oponer una férrea resistencia a quedarse solo en la entrevista. Al principio de la relación, tal vez no sea posible entrevistar al niño si uno de sus padres no está presente.

Es difícil sostener una conversación con niños de estas edades, pues necesitan más apoyo verbal y estructura en el juego que los niños mayores. Al formular preguntas o proponer juegos, se deben ofrecer varias opciones entre las que él pueda elegir. Incluso los niños relativamente no verbales son capaces de responder interrogaciones de manera directa relacionadas con la secuencia del juego que acaban de terminar: “¿Así es [en esta clase de situaciones] en tu casa?” Sin embargo, es muy importante no sugerir respuestas en los niños pequeños; buscan tanto la aprobación de los adultos que pueden responder “sí” a casi cualquier cosa. Observar la capacidad del niño para usar el lenguaje (vocabulario, complejidad de la estructura de las oraciones) y el afecto (rango, tipo predominante y grado en que es adecuado). Evalúa las habilidades motrices finas pidiendo al niño que haga dibujos, cuadros y diamantes. Evalúa la lateralidad en pies y manos pidiendo al niño que atrape, lance y patee una pelota.

Pueden ser evidentes una timidez excesiva o una falta de inhibición. ¿Qué tanto control requiere el niño en el cuarto de juego: un simple “no” o intervenciones repetidas?

Síntomas

La mayoría de los síntomas que primero se observan en los bebés, pueden encontrarse aún uno o dos años después. Además, pueden presentarse nuevos síntomas en los pacientes:

- Afasia (pérdida de la capacidad de comprender o expresar el lenguaje escrito o hablado).
- Consciencia alterada (inicio abrupto de incapacidad para focalizar o sostener la atención).
- Llanto excesivo, sonambulismo, negativa para ir a la cama en la noche.
- Mala conducta extrema: berrinches, mentiras, negativa a cooperar, destrucción de juguetes, crueldad, violencia, fluctuaciones rápidas en la regulación del estado de ánimo.
- Timidez extrema, que se presenta como retraimiento y apatía.
- Interacción social inadecuada (poco contacto visual, lenguaje corporal limitado, juego de fantasía inadecuado, capacidad limitada para sostener una conversación o compartir intereses o diversiones).
- Apego inflexible a la rutina.
- Retraso en el lenguaje (p. ej., no hay lenguaje a los 18 meses de edad, o no usa frases entre los 30 y 36 meses).
- Hiperactividad motriz, que puede presentarse en distintos problemas o trastornos.

- Negativa a separarse de los padres o a quedarse con niñeras, una necesidad desesperada de atención, “ser malcriado”.
- Movimientos estereotipados.
- Peleas por el entrenamiento para ir al baño o por alimentos nuevos.
- Pone a prueba los límites, “es un demonio,” se mete en todo, es “igual que papá o el tío”.

Diagnósticos del DSM-5 que se pueden encontrar en esta edad o más adelante

- Discapacidad intelectual (leve o moderada), retraso generalizado del desarrollo.
- Trastorno del espectro autista.
- Trastorno reactivo del apego, trastorno de relación social desinhibida.
- *Delirium*.
- Trastornos por estrés postraumático o por estrés agudo.
- Problema en la relación padre-hijo (código Z).

EDAD PREESCOLAR (3 A 6 AÑOS)

En sus siguientes tres años de vida, los niños empiezan a desarrollar la capacidad de observar, pensar y manipular mentalmente los constructos formados que más tarde utilizarán mientras se preparan para la vida adulta. Estas capacidades forman las bases para la existencia de un sí mismo privado dentro del niño, uno que no es fácilmente discernible para los padres.

Aspectos del desarrollo

A medida que el desarrollo continúa, los niños se dan cuenta de que hay otros adultos además de sus padres y de otros miembros de su familia cercana. Mientras que las relaciones con los padres fueron al inicio la principal interacción y fuente de satisfacción a sus necesidades, los niños de esta edad poco a poco se interesan más en amigos de su

edad, compañeros de juego en el patio, en la guardería y en el vecindario. Empiezan a ir a fiestas de cumpleaños y a otros eventos multifamiliares. El juego, que cada vez se hace más complejo y simbólico, sirve como vehículo para ampliar su socialización. El juego alivia la tensión, ayuda a encontrar soluciones a los problemas y a adquirir una identidad y dominio sobre los conflictos. Las diferencias entre los sexos se vuelven más notables en las situaciones sociales. Cuando empiezan las amistades con niños del mismo sexo, las actividades de cada género tienden a diferenciarse -muñecas para las niñas, juguetes de aventuras para los niños, aunque las recientes décadas han sido testigo de una tendencia hacia un juego menos diferenciado entre niños y niñas.

Al final de los años preescolares, todos los elementos de las habilidades básicas de comunicación están en su lugar. El niño puede conversar usando oraciones completas que son lógicas y gramaticalmente correctas; la coordinación mano-ojo permite escribir y dibujar; y las nociones básicas de números y colores se han aprendido.

La locomoción es más suave, y todos los movimientos gruesos están mejor coordinados. Los niños de esta edad tienen energía y curiosidad ilimitadas, pero su juicio tiene un menor grado de desarrollo, así que los padres aún tienen que protegerlos de distintos tipos de accidentes. Al final de esta etapa, se observa una disminución gradual de la impulsividad.

A medida que se acercan a la edad escolar, los niños empiezan a adoptar valores morales. En esta etapa, ellos quieren complacer; en consecuencia, una disciplina amorosa cada vez tiene mayores efectos para mantener el orden. Al mismo tiempo, los niños desarrollan la capacidad de sentir celos y rivalidad; los secretos les fascinan.

Obtención de información

Un niño preescolar puede proporcionar cierta información verbal que es útil para el diagnóstico, pero la mayoría de lo que se sabe proviene de su lenguaje facial y corporal, y por la calidad de su interacción con las personas. Con frecuencia, las entrevistas se centran en el presente, y las respuestas de los niños constan de una sola palabra o de una frase breve. Debido a su edad e inexperiencia, estos niños no pueden proporcionar mucho del material esencial de su propia historia (sobre todo de la historia familiar los conflictos parentales), pero muestran un conocimiento sorprendente de sus familias nucleares.

No se empieza la entrevista hablando de los problemas, sino haciendo preguntas que fortalezcan la confianza y que el niño pueda responder con facilidad: cuántos años tiene, dónde y con quién vive. Los niños preescolares necesitan que los alienten para seguir. Es necesario esperar hasta que se haya establecido el *rappport* para preguntar por sus sentimientos hacia sus padres y sus hermanos. Para abordar sus deseos, imagen corporal,

situación de vida, autoevaluación y otras características, preguntar “¿Qué te gustaría cambiar de ti mismo?” (si responde “todo”, puede estar experimentando una depresión grave).

Se puede abordar su visión del futuro y sus aspiraciones haciendo preguntas directas y comenzando una historia que el niño complete: “Había una vez, un pequeño niño llamado [nombre del niño]. Lo que [nombre] siempre quiso hacer era...” Para evaluar el estado de ánimo, muestra al niño una escala sencilla: “¿Cómo te sientes la mayor parte del tiempo: muy triste, triste, más o menos, feliz o muy feliz? Pero si no has creado una relación de confianza con el niño, la respuesta puede ser un intento burdo de complacerte o de reservarse la información: “Muy feliz,” puede decir el niño con voz triste y sin hacer contacto visual.

Los niños pequeños también disfrutan de las entrevistas con juego, que se usan para obtener información que, de otro modo, no revelarían los niños (porque las preguntas directas les resultan a veces amenazantes). Puedes interactuar directamente con el niño, y también observar su juego espontáneo (con otros niños, en el patio). Observa con atención qué roles adopta el niño mientras interactúa con otros (líder vs. seguidor, gregario vs. individuo aislado). En el juego, evalúa los juguetes que elige, la regulación de afectos, el nivel de actividad (curiosidad normal exploratoria vs. hiperactividad destructiva, impulsiva, imprudente), concentración, tolerancia a la frustración, motivación y persistencia en una tarea.

Síntomas

- Ansiedad por separarse de sus padres.
- Problemas de la eliminación o quejas genitales: enuresis, encopresis, dolor, masturbación/caricia, genital repetida, autoexposición (las últimas situaciones en particular pueden ser indicadores de abuso sexual).
- Celos extremos por un nuevo hermano.
- Pocos amigos o ninguno.
- Impulsividad o naturaleza autolesiva (correr en la calle, agarrar cuchillos, intentos de suicidio, consumo de medicamentos u otras sustancias).
- Inatención.
- Falta de regulación de los estados de ánimo.
- Múltiples temores (que se pueden manifestar como timidez excesiva o conducta retraída).
- Pesadillas, miedo a la oscuridad.
- Negativa a seguir las instrucciones.
- Corre riesgos (imprudencia, intrepidez inadecuada).
- Somatización de las aflicciones o reacciones al estrés (una pérdida) en dolores de

estómago o de cabeza, “no me siento bien”.

- Síntomas que sugieren ansiedad: evitación del juego con niños de su edad, dolores de estómago frecuentes, llanto cuando lo llevan al preescolar, cambios en el apetito (la ansiedad también puede aparecer en el juego o los sueños).
- Su habla es difícil de entender, tartamudeo.
- Berrinches o explosiones agresivas.

Diagnósticos del DSM-5 que pueden aparecer en esta edad o más adelante

- Trastornos de la comunicación como el trastorno de la comunicación social (pragmática), trastorno fonológico, trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) o un trastorno del lenguaje general.
- Trastorno de movimientos estereotipados.
- Trastorno oposicionista desafiante.
- Pica.
- Fobia específica y otros trastornos de ansiedad.
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración.
- Trastornos del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo y tipo con terrores nocturnos.
- Abuso físico, abuso sexual, negligencia (códigos T).

EDAD ESCOLAR (6 A 12 AÑOS)

Las relaciones sociales con los pares predominan, al mismo tiempo que el niño se aleja de la familia para un desarrollo interpersonal de reforzamiento.

Aspectos del desarrollo

En los primeros años de la educación elemental, los niños prefieren a compañeros de juego de su mismo sexo y hay una diferenciación en los estilos de juego y conducta de niños varones y niñas. Con el riesgo de hacer una descripción demasiado general, es común que los varones practiquen juegos más rudos en grupos más grandes y busquen experiencias compartidas; con frecuencia juegan lejos de los confines inmediatos de su

casa explorando el ambiente. Sin embargo, las niñas a menudo juegan dentro de casa o cerca en grupos más reducidos y buscan compartir confidencias. Para muchos niños, la socialización continúa a través de la identificación con el grupo de pares (como los Scouts o los equipos de fútbol). Predominan los juegos con reglas. Al principio, las actividades tienen lugar cerca de casa (Club Scouts, Brownies), pero los llevan cada vez más lejos en excursiones, expediciones para acampar y encuentros deportivos fuera de la ciudad. Las relaciones sociales se vuelven importantes; también se presentan los primeros signos de conductas de intimidación y acoso.

Aunque por más de un siglo se ha denominado **periodo de latencia** a esta etapa, estos niños tienen metas de desarrollo importantes por cumplir. De hecho, **el dominio** (competencia) y **competición** son dos palabras clave que preceden a la adolescencia. El foco de atención del niño se mueve afuera de la familia para incluir el trabajo escolar, que le brinda la práctica que sienta las bases para el trabajo posterior con el que se ganará la vida. Desde luego, dominar las habilidades educativas básicas (leer, escribir, matemáticas) demanda mucha de la atención del niño. Igual importancia tiene desarrollar buenas habilidades de estudio y tener sentimientos positivos hacia el aprendizaje -experiencias que se equilibran con las demandas de jugar, divertirse y tener pasatiempos. La autoestima, la competencia y la autoconfianza se vuelven atributos muy importantes.

Por primera vez, el niño cambia su lealtad a una nueva figura de autoridad –un maestro o un entrenador– que con frecuencia lo fuerzan a reevaluar los valores de sus padres (sobre todo respecto de la educación). Los niños de edad escolar poco a poco se vuelven capaces de distinguir la realidad de la fantasía, y en general ven el mundo desde la perspectiva de su creciente experiencia y de su juicio en desarrollo. Antes de los 8 años de edad, los niños describen a otros en términos de su apariencia física; después, emplean términos más abstractos. Desarrollan la capacidad verbal para expresar ideas complejas y relaciones entre elementos (causa y efecto), y presumen sus avances en el uso del lenguaje jugando con las palabras.

En esta edad, aumenta su capacidad de retener y manipular información (por ejemplo, mantener una serie de números en la mente). Rígidos y moralistas al principio, los niños pueden expresar sentimientos de culpa o remordimiento cuando no alcanzan un estándar determinado (a veces, habrá que esperar a los años de adolescencia, si acaso, para que acepten un estándar menor de desempeño en sí mismos). En este periodo, también adquieren la capacidad de modular sus afectos y de mostrar emociones diferentes de las que sienten en su interior. Además, su desarrollo de la motricidad gruesa concluye: corren, saltan y lanzan cada vez con mayor precisión y fuerza.

Obtención de información

Aunque aún es necesario hablar primero con padres y maestros, los niños de edad

escolar pueden relatar una cantidad considerable de información sobre su historia. Aunque muchos niños mayores hablan de sí mismos casi tan bien como los adultos, el juego sigue siendo un facilitador útil de la comunicación, sobre todo en los años de la primaria. Estudios han demostrado que la conducta en el juego refleja las actividades y preocupaciones cotidianas del niño. Los juegos de mesa y los dibujos también facilitan la comunicación.

Cada evaluación debe empezar con ciertos elementos preliminares. Primero, tal vez, hacer una introducción en el sentido de “Soy la Dra. Smith, y me gustaría saber de tí hablando y jugando contigo,” o “Soy una doctora que trabaja con niños.” Es posible preguntar si el niño conoce la razón de la entrevista. Dar una breve explicación del proceso ayuda a calmar la ansiedad que muchos niños pequeños sienten cuando se confrontan con un nuevo ambiente y un adulto extraño que hace muchas preguntas. Explicaciones sencillas y directas de las expectativas y la confidencialidad suelen ser de la mayor utilidad. Sobre todo, el niño debe vivir una entrevista clínica sin sentirse juzgado ni amenazado. Se debe sonreír, hacer contacto visual y dar otras señales físicas de bienvenida y tranquilidad para transmitir comodidad y la sensación de que está en un lugar donde revelar información es seguro.

Permitir que el niño dirija la entrevista (sobre todo en el juego) promueve la sensación de control y facilita la comunicación. El uso cuidadoso del sentido del humor también ayuda a establecer el *rapport*. Al mismo tiempo, evitar ser excesivamente cordial, porque es importante saber cómo suele relacionarse el niño con una persona nueva. “Háblame de tu familia” tiene pocas probabilidades de dar información; mejor pedir al niño que describa una actividad típica, como lavar los trastes: quién los lava y quién los seca. Tratar de usar el tema en cuestión para saber cómo podría responder el niño en otras circunstancias: “En lugar de que tu mamá diga las reglas relacionadas con los deberes, ¿qué te parece si las dices tú? Pedirle que diga “tres deseos” es un buen modo de conocer aspectos de la vida de fantasía del niño y de su visión del futuro. He aquí otras maneras de alentar al niño para que revele puntos de vista privados: “¿Qué harías si estuvieras a cargo de tu familia?” “¿Qué sucedería si nadie tuviera una hora para irse a dormir?” “Si fueras el mayor, ¿qué harías?” “Imagina que alguien se cae, ¿qué podrías hacer para ayudar?” los niños tienden a ser más precisos al hablar de hechos (lo que en verdad sucedió) que al hacer juicios (si un evento o conducta fue bueno o malo, si ocurrió con frecuencia o no). Por lo tanto, lo más seguro es que no se consiga mucho preguntando “por qué,” porque el niño sólo se sentirá amenazado, incompetente o desconcertado. Los “por qué” de las cosas se deducen gradualmente a partir de la acumulación de las evidencias obtenidas de otros informantes, entrevistas a pacientes y aplicación de pruebas. En el juego o en la interacción verbal, es importante juzgar la espontaneidad y la naturaleza lógica orientada a metas de la comunicación. Los niños pequeños recuerdan con más exactitud si se usan preguntas abiertas, pero su información no es tan completa como la de niños mayores. Si sólo se les hacen preguntas de sí o no,

los niños menores de 10 años informan con precisión sus temores, pero no mucho más. Si el niño no responde una pregunta, es necesario cambiar de tema y obtener la respuesta en el juego.

El lenguaje, el habla y los problemas de aprendizaje, como los defectos de articulación o dificultades de comprensión, se pueden evaluar mediante la observación directa en la entrevista inicial. Se deben obtener muestras de la escritura y la lectura como evaluación posterior del dominio del lenguaje. Es posible explorar la ortografía y la escritura pidiendo al niño que escriba los nombres en un dibujo de los miembros de su familia. ¿Qué observas de la secuencia y la lógica de su pensamiento? Desde luego, gran parte de *cualquier* entrevista es no verbal, así que se debe observar su temperamento, tolerancia a la frustración y capacidad de relacionarse.

El afecto deprimido, con llanto, sentimientos de falta de valía y (a veces) agresión, se puede expresar verbalmente o en el juego. Los estados de ánimo del niño pueden conocerse mejor a través del propio niño que de los padres, pero al igual que con los adultos el diagnóstico actual de depresión y otros afectos negativos requiere más que la observación transversal. Los datos de la historia y la conducta que proporcionan padres y otros informantes también son necesarios.

Varios escritores han propuesto métodos para lidiar con la amenaza de que los sentimientos negativos constituyen para los niños:

- Sugerir que muchos otros niños sienten lo mismo.
- Presenta dos o más constructos aceptables: “¿Te gusta mucho la escuela o preferirías no ir?”
- Expresar el supuesto de que todos los niños a veces realizan conductas negativas (como pelear con los hermanos).
- Sugerir una razón aceptable para la mala conducta: “Tal vez huiste, porque necesitabas mostrarle a alguien cómo te sentías”.

A lo largo de una entrevista, aunque no se esté de acuerdo con el niño, es importante respetar sus mecanismos de defensa. Esto es especialmente cierto en el caso de niños pequeños, cuya necesidad de aprobación es más intensa e inmediata.

En la entrevista de salud mental, el juego tiene tres funciones. Es una herramienta terapéutica que captura la imaginación del niño para que despliegue fantasías donde se presentan conflictos y soluciones. También es un tema de conversación. Por último, los juguetes o los juegos reducen la tensión mientras el entrevistador y el paciente sostienen una conversación. Los clínicos experimentados casi siempre usan combinaciones de juego y plática –juego directo, plática directa, y la plática facilitada por el juego– para mantener el ímpetu de una sesión. No suele ser difícil decidir qué técnica o técnicas usar. Al principio, se intentan las tres para ver cómo responde el niño, luego continuar con la que parezca mejor para el niño. Si un método funciona por un momento, pero luego el

progreso se detiene, se debe usar otro.

Tratar de establecer la menor cantidad posible de reglas, pero usarlas de manera consistente. Si la conducta se vuelve ingobernable, se tiene que proteger al niño y al ambiente. Se puede decir, “no voy a dejar que me lastimes ni que destruyas cosas del consultorio.” Cuando las conductas se salen de control y la atención del niño no se puede atraer, es mejor interrumpir la sesión y sostener físicamente al niño (leer el recuadro de abajo). Es importante establecer límites con claridad desde el principio para definir los parámetros de la intervención (asegurarse de informar a los padres de estos límites y de los métodos disponibles para hacerlos respetar). Si se sospecha que una sesión puede terminar antes de tiempo, se debe estar seguro de que el padre está disponible para hacerse cargo del niño.

Dos cuestiones encierran cierto grado de riesgo, tanto para el clínico como para el paciente.

A veces, hacer la entrevista fuera del consultorio, caminando o sentados, hace que el niño se sienta más tranquilo. Sin embargo, nadie quiere ser responsable de permitir que un niño impulsivo se lanzara de pronto al tráfico. Cuándo y dónde llevar a un paciente fuera del consultorio tiene que ser claramente definido y se debe obtener la autorización de los padres por anticipado. E incluso con su autorización, ningún niño con una perturbación grave debe estar donde hay mayores dificultades para controlar su conducta.

La segunda situación –cuando existe la tentación de sostener al niño para manejar su agresión o evitar que salga corriendo del consultorio– ha sido objeto de muchos debates. Algunos señalan que podría evocar recuerdos traumáticos y reacciones violentas. Una vez más, ésta es la clase de cuestión que se debe trabajar con anticipación con los padres. Se debe investigar cómo manejan esta clase de situaciones. Explicar qué circunstancias requerirían la intervención de sostener al niño y conseguir la autorización.

Los temas importantes a manejar en el juego son similares a los de los pacientes mayores, traumas y conflictos. Pérdida y aflicción, enojo, miedos, no sentirse amado, baja autoestima, aislamiento y alienación aparecen con frecuencia en el juego. Se manifiestan en escenarios específicos del juego con figuras de animales o humanos; en los dibujos se manifiestan a través de los colores, formas y tamaños, por orden o caos, y por la presencia o ausencia de figuras clave. Los niños pueden decir tanto con lo que excluyen o evitan en el juego como con lo que incluyen. Los niños normales tienen numerosos temas, afectos y preferencias lúdicas, y comparten sus interacciones y experiencias con facilidad en las entrevistas con juego. En el juego, los indicadores más claros de psicopatología son la rigidez, temas fijos, afectos y preferencias en las que el niño excluye al entrevistador o a otros participantes por completo, o es demasiado obediente, seductor o combativo. Observa el afecto. Los temas anodinos pueden decir tanto como la violencia o el caos.

Síntomas

Además de los síntomas mencionados antes, indagar y observar los siguientes aspectos:

- Ausencia de habla en situaciones sociales específicas.
- Estado de ánimo enojado.
- Ansiedad en niños (sobre todo en niñas) que se desarrollan físicamente a temprana edad.
- Practicar o ser objeto de acoso e intimidación.
- Culpar deliberadamente a los demás.
- Depresión.
- Enuresis.
- Hiperactividad, inquietud, hablar excesivamente.
- Impulsividad (incapacidad para esperar turnos, conducta intrusiva).
- Incapacidad para focalizar la atención en las clases.
- Problemas de aprendizaje.
- Perder los estribos, discutir, desafiar, fastidiar.
- Pesadillas.
- Crisis de pánico.
- Conducta motriz repetitiva sin valor funcional.
- Rituales o creencias mágicas asociadas con miedos irracionales.
- Rechazo a la escuela.
- Timidez/temerosidad excesiva.
- Somatización.
- Consumo de sustancias.
- Tartamudeo u otros problemas en la fluidez verbal.
- Arrebatos de cólera.
- Tics.
- Dificultades de lectura, escritura y matemáticas.
- Retraimiento o aislamiento.

Diagnósticos del DSM-5 que se pueden encontrar en esta edad o más adelante

- Trastornos de ansiedad (incluyendo fobias).
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- Trastorno del espectro autista.

- Trastorno de conducta.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastornos del aprendizaje.
- Encopresis.
- Enuresis.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno de ansiedad de separación.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de Gilles la Tourette.
- Sonambulismo.

ADOLESCENCIA TEMPRANA (12 A 15 AÑOS)

Aunque el impulso de alcanzar la independencia respecto de los padres continúa e, incluso, se acelera en la adolescencia temprana, la familia sigue siendo la influencia más importante para los adolescentes. Esto parece contrario a la creencia popular, pero varios estudios han informado que la mayoría de los adolescentes tienen relativamente pocos desacuerdos graves con sus padres. Aunque los adolescentes y sus padres están en desacuerdo, con frecuencia (a veces notablemente) en relación con temas actuales de relevancia social, como la política, el uso de las redes sociales, el consumo de sustancias y la sexualidad, la mayoría de las diferencias se encuentran en la intensidad de las actitudes más que en su dirección; las brechas entre las generaciones suelen reflejar distintos niveles de apoyo a la misma posición.

La edad de consentimiento para un tratamiento de un menor no emancipado varía de un estado a otro. En la mayoría de las jurisdicciones, adolescentes (de 12 a 17 años de edad) puede dar su consentimiento para ser tratado por enfermedades de transmisión sexual, contracepción, embarazo, consumo de sustancias y sufrimiento emocional. La edad legal para dar el consentimiento para un tratamiento también varía dependiendo de qué padecimiento sea el objetivo del tratamiento. Es importante conocer las leyes locales del lugar en que se trabaja y las condiciones por las que un adolescente acude a evaluación o tratamiento.

Al final, no hay mucha evidencia que respalde el mito de la adolescencia como periodo de tormentas y estrés inevitables. La mayoría de los adolescentes mantiene una relación cercana y de apoyo con sus padres; en sus relaciones con pares, tienden a defender los valores parentales más que a rechazarlos. Sin embargo, no hay duda de que los

adolescentes ponen a prueba los límites; tienen un pensamiento omnipotente; sucumben a la presión de los pares y a menudo siguen a los héroes culturales, filosofías y estilos de vida que molestan a los padres.

El inicio de la adolescencia varía tanto que no se puede decir una edad precisa. La **adolescencia temprana** está marcada por el inicio de la pubertad, que en algunas niñas tiene lugar a los 10 años de edad. La **adolescencia media**, por lo general, se refiere a un periodo que empieza 2 o 3 años después, mientras que la **adolescencia tardía** empieza unos cuantos años después. Por lo general, los adolescentes tempranos son los que están en la secundaria, los adolescentes medios, los que están en el bachillerato y los adolescentes tardíos son los que inician los estudios universitarios. Se elige un poco de manera arbitraria la edad de 15 años como punto de corte entre la adolescencia temprana y tardía. Simplemente no se pueden encontrar diferencias conductuales o emocionales que indiquen límites claros de la fase media. En realidad, las edades de cada etapa pueden variar por varios meses o años.

Aspectos del desarrollo

La adolescencia marca el inicio de la comprensión de la orientación sexual y, para la mayoría, del cambio de las actividades y preocupaciones, antes centradas en amigos del mismo sexo, con personas del sexo opuesto. Si estos cambios no tienen lugar en este periodo del desarrollo, se presentan en los siguientes años. Un adolescente siente un fuerte lazo con el grupo de pares; equipos y clubes son cruciales para su sentido de pertenencia, que también promueve la necesidad de estar en contacto con los pares por teléfono, mensajes de texto, redes sociales, deportes y eventos sociales extra escolares. Estar listos para conducir un carro intensifica el deseo de alejarse y pertenecer a un nuevo grupo.

La rivalidad entre hermanos, a veces, es intensa, sobre todo cuando son del mismo sexo, más o menos de la misma edad o tienen intereses similares. Los hermanastros en las familias reconstruidas tienen un mayor riesgo de rivalidad y territorialidad. Fuera de la familia, la competencia se intensifica en diversas áreas, como en los logros atléticos y académicos/intelectuales y en el grado en que son atractivos. La importancia de los deportes excede el mero desarrollo de habilidades.

Los adolescentes tempranos experimentan un crecimiento repentino. En los varones, empieza alrededor de los 12 años de edad. En las niñas, el crecimiento se acelera un año antes, y la menarca ocurre a los 12 1/2 años (tres años antes de lo normal en 1900). En los varones, la maduración temprana promueve la confianza en sí mismos en la interacción con pares y adultos; en las niñas, la presión de los pares y la preocupación por la imagen corporal puede afectar el autoconcepto.

Alrededor de los 15 años, el desarrollo intelectual casi está al nivel de los adultos. Los

niños de esta edad pueden definir términos científicos complejos y razonar acerca de eventos teóricos o constructos. A pesar de que aumenta la importancia de las distinciones morales y la sensación de lo que es correcto o bueno en otros (sobre todo en los padres), el juicio de los adolescentes acerca de su propia conducta con frecuencia es su ruina. La típica ilusión adolescente de invulnerabilidad propicia las conductas de riesgo, que los llevan a la experimentación con drogas, la sexualidad o conductas ilegales; esto ocurre con tanta frecuencia que casi constituye un rito de paso para los jóvenes.

Obtención de información

Los primeros años de la adolescencia marcan la edad en que la información que proporciona el paciente se vuelve prioritaria en el trabajo de salud mental. Los pacientes adolescentes saben más de su propia historia y pueden comunicarla en una entrevista en una posición más cercana a la igualdad que los niños pequeños. Por lo general, se debe entrevistar primero al paciente; la subsiguiente entrevista con los padres suele ser mejor si el adolescente está presente.

Desarrollar la confianza y el *rapport* con el adolescente es crucial. Al principio, es de especial importancia explicar la confidencialidad y sus límites. Se debe tratar de establecer una relación de confianza que aumente la probabilidad de obtener datos confiables y construir el escenario para la futura terapia. A menudo es útil equilibrar la necesidad de confianza y la de verdad con una frase como ésta: “Hay algunos temas incómodos que hablar. Si aparece uno de ellos, házmelo saber y podemos hacerlo a un lado por ahora. No quiero que sientas que tienes que mentir porque algo te hace sentir incómodo.” A veces, los adolescentes hablan de experiencias que han tenido sus amigos, pero niegan (falsamente) que ellos mismos hayan estado implicados.

En una entrevista con un adolescente, se tiene que ser cordial y mostrar interés, pero respetando la diferencia de edades. Aunque es bueno saber algo de los héroes culturales, atletas y estrellas de rock, por experiencia mostrar un interés genuino por conocer de estos temas es muy útil para desarrollar una relación de trabajo duro con un joven. Sin embargo, es necesario tener cuidado de ser demasiado cordial o de tratar de actuar demasiado “buena onda” (término en desuso actualmente); los adolescentes a menudo pueden ver a través de los artificios como si fuera un cristal transparente.

En especial, se tienen que evaluar estos aspectos:

- Situación de la familia, desde la perspectiva del adolescente y de los padres; presencia o falta de apoyo en el sistema familiar primario.
- Conocimiento de la sexualidad, incluyendo experiencias sexuales, heterosexuales y gay/lésbico/bisexual/transgénero; embarazo; uso de prácticas de sexo seguro. Consumo de tabaco, alcohol y drogas prescritas e ilegales. Delincuencia, ausentismo escolar y

participación en pandillas.

- Conducta autolesiva.
- Practicar o ser objeto del acoso y la intimidación.
- Ser víctima de abuso sexual o físico.
- Patrones de amistad y actividades con pares.
- Cuestiones de dependencia-independencia; preparado en términos de desarrollo para responder a las exigencias de la sociedad.
- Formación de la identidad (“¿Quién soy? ¿Cuál será mi lugar en el mundo?”)
- Autoestima, una gran preocupación en el preadolescente y el adolescente.
- Empatía (¿qué tan mal se siente el adolescente cuando un hermano o amigo tiene un problema?)
- Consciencia (“¿Qué harías si...?”)

Al igual que con los adultos, tratar de terminar la entrevista con el adolescente brindándole algún tipo de devolución. Formular las impresiones iniciales de la manera más positiva posible. ¿Qué se propone para el tratamiento? ¿Encuentros futuros? ¿Qué se le dirá a sus padres?

Síntomas

- Apego a alimentos de moda, ropa y estilo, incluyendo tintes de cabello y tatuajes/perforaciones (que son cada vez más normales, pero pueden preocupar a los padres y a otros adultos cercanos).
- Síntomas de ansiedad en varones o niñas que presentan un inicio tardío de la pubertad
- Impulsividad.
- Soledad, depresión, ideación suicida.
- Agresión abierta, destrucción a la propiedad ajena, robo, violación de las reglas.
- Poca asistencia a la escuela (por irse a otro lado o por evitarla).
- Rebeldía contra la autoridad (en su punto máximo en estos años).
- Quejas somáticas.

Diagnósticos del DSM-5 que se pueden encontrar en esta edad o más adelante

- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastornos bipolares.

- Trastorno dismórfico corporal.
- Disforia de género.
- Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de fase de sueño retrasada.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Trastornos de alimentación.

ADOLESCENCIA TARDÍA (15 A 21 AÑOS)

Aunque se ha fijado el límite de la adolescencia tardía en 21 años de edad, en realidad puede durar mucho más; el paso final hacia la vida independiente con frecuencia va más allá de la universidad y los posgrados. Pero a los 21 años (más o menos), la personalidad del adolescente se ha establecido, y la inclinación hacia el matrimonio (o a la vida de pareja a largo plazo) y la procreación y el cuidado de los niños se han determinado.

Aspectos del desarrollo

A medida que los adolescentes se acercan al término de su educación, asumen cada vez más responsabilidades y puntos de vista propios. Desde luego, el momento exacto y la secuencia varían notablemente; muchos jóvenes tardan más en desarrollarse. Dependiendo del medio social y las costumbres de los padres, las citas románticas inician al principio de este periodo; la actividad sexual es normal a los 20 años de edad. El joven adulto desarrolla la capacidad del amor maduro. El juicio mejora y el adolescente típico toma más en serio su educación y su trabajo.

Obtención de información

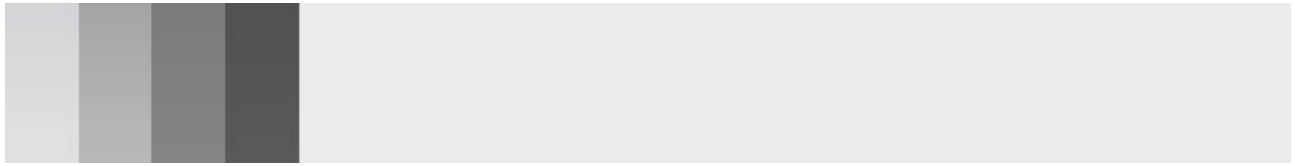
Los adolescentes mayores a veces se presentan por sí mismos a la evaluación, sin posibilidad inmediata de disponer de otras fuentes de información. Al igual que con cualquier otro paciente, se debe buscar información colateral y evaluarla siempre que sea posible. El material abordado, incluyendo el examen del estado mental es, en esencia, igual que el de los adultos.

Síntomas

- Preocupaciones sobre la masturbación, otras conductas sexuales.
- Síntomas del apetito.
- Síntomas del estado de ánimo.
- Síntomas que sugieren trauma.
- Síntomas de ansiedad.
- Problemas por el consumo de sustancias.
- Surgimiento de síntomas psicóticos.
- Consciencia de la orientación homosexual (antes en los hombres que en las mujeres).

Diagnósticos del DSM-5 que pueden aparecer en esta edad o más adelante

- Todos los diagnósticos principales excepto algunos trastornos neurocognitivos (como el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer).
- La mayoría de los trastornos de personalidad (el trastorno de la personalidad antisocial se puede diagnosticar a partir de la edad de 18 años).



Diversas entrevistas con niños y adolescentes



Capítulo 4

Entrevista con niños menores de 3 años

PROPÓSITOS DE LA ENTREVISTA CON NIÑOS PEQUEÑOS

La mayoría de los niños menores de 3 años que son enviados a una evaluación en salud mental **no** cumplen con los criterios de los diagnósticos del DSM-5. Las únicas excepciones son el trastorno del espectro autista, los trastornos de la alimentación, el sueño y la excreción; los trastornos del apego reactivo y la relación desinhibida y los trastornos motores. Sin embargo, por varias razones, los clínicos tienen que sentirse cómodos y competentes al evaluar niños tan pequeños: 1) para instituir un tratamiento lo suficientemente temprano para prevenir consecuencias permanentes en el desarrollo, 2) evaluar cualquier riesgo potencial de padecimientos similares en hermanos y otros niños de un mismo hogar y 3) identificar problemas en los padres. Desde luego, los niños de estas edades sólo pueden ser evaluados de manera adecuada en presencia de sus cuidadores primarios.

Casi siempre, las personas entrevistadas son uno o dos padres, abuelos o padres adoptivos (se utiliza el término **padres** aquí para referir a cualquier cuidador primario). Por lo general, se preocupan porque no observan el progreso esperado del desarrollo o una perturbación de la regulación: problemas significativos de sueño (los más comunes de todos), llanto, alimentación, establecimiento de límites. Muchos clínicos sienten que tales anormalidades pueden presagiar trastornos de ansiedad, trastornos del apego, trastornos neurocognitivos y trastornos del espectro autista. Los clínicos necesitan ayudar a los padres a distinguir las variaciones normales en el desarrollo de los problemas importantes que requieren de una intervención.

El clínico de la salud mental evalúa a un bebé y a sus padres con tres metas en mente. Una es desarrollar el *rapport* con el padre; otra es obtener una imagen clara de la naturaleza de los síntomas y de las preocupaciones. La tercera es observar las distintas pistas acerca de la naturaleza de la interacción entre el bebé y el padre:

- ¿El bebé muestra señales claras de placer o malestar, de modo que es fácil para el padre entender la comunicación?
- ¿Con cuánta sensibilidad y consistencia el padre responde a las señales del bebé y a la búsqueda de atención, así como a las expresiones de placer y satisfacción?
- ¿El padre parece deprimido? ¿frustrado? ¿enojado? ¿o incluso con un deterioro cognitivo?
- ¿Cómo maneja el padre las expresiones de frustración y de falta de interés del niño que pueden resultar de la interacción?
- Cuando el bebé llora, ¿la razón es clara?
- ¿El bebé sonríe fácilmente? ¿se puede consolar con facilidad al bebé?
- ¿El bebé se relaciona con el examinador?
- ¿El bebé muestra preferencias claras por ciertos individuos y juguetes?
- ¿El bebé parece hipersensible a ruidos fuertes, luces brillantes o transiciones rápidas?
- ¿El bebé parece tener características temperamentales de un bebé “fácil,” “difícil” o “lento para animarse”? (véase la sección del temperamento infantil de esta etapa en el capítulo 3).

La siguiente entrevista con un niño que ya camina muestra muchos de estos puntos. El material en **negritas** indica algunas áreas que el entrevistador trata de evaluar en esta breve entrevista.

Joan es una niña de 14 meses de edad que justo empieza a caminar. Su pediatra la envió porque su madre está preocupada ya que la niña es excesivamente tímida, sobre todo frente a extraños. La nota del pediatra indica que no hay historia de problemas importantes durante el embarazo (mala nutrición, enfermedad, fumadores en casa, consumo de drogas o alcohol) o en el periodo perinatal (depresión posparto, madre soltera, bajos ingresos familiares).

Una vez que entran al cuarto de examen, el entrevistador se sienta en el piso y señala una serie de juguetes colocados al alcance de la niña. Siguiendo su ejemplo, la madre también se sienta en el piso. Al principio de la entrevista, Joan se sienta en silencio en el regazo de su madre mirando a su alrededor con curiosidad; después de unos momentos, ella permite que la paren en el suelo. Al principio, el entrevistador no intenta llamar la atención de Joan directamente, pero pila algunos cubos y la observa desde una corta distancia. Permite que Joan se le una a su propio ritmo.

Entrevistador: Hola, soy el Dr. V., usted debe ser la señora T. Y ella debe ser Joan. Está vestida para ir de paseo. Empecemos viendo cómo le ha ido a Joan estos días en términos de desarrollo. Parece que ya está caminando.

En un intento inicial de establecer rapport y de indicar que la observación es una parte importante de la entrevista, el entrevistador reconoce que la señora T ha

hecho un esfuerzo especial para preparar a su hija.

*El entrevistador nota que el **desarrollo general** de Joan es el de una niña normal, de apariencia saludable que no muestra evidencia de un desarrollo atrofiado o de falta de avances en su desarrollo. Tampoco tiene **características físicas** de alguna discapacidad intelectual (como el síndrome de Down), ni agita las manos ni muestra conductas inusuales que sugieran el trastorno del espectro autista. Aunque tímida al principio, Joan definitivamente participa en el proceso. En esta primera parte de la entrevista, el entrevistador observa cuán segura parece Joan para sentir mientras se encuentra en el regazo de su madre y cuánta estimulación le brinda su madre.*

Madre: Ha empezado a caminar, pero le da miedo. Se ha estado moviendo [caminando sosteniéndose de los muebles] por mucho tiempo, pero no se levanta ni camina. Si usted la distrae, a veces da unos cuantos pasos por sí misma, pero incluso así trata de agarrarse.

La madre de inmediato expresa su preocupación acerca del progreso del desarrollo de Joan. Su ansiedad es evidente, tanto en el cuidado que puso en el vestido de Joan como en su expresión inicial de preocupación.

Entrevistador: Parece que puede impulsarse sola y ponerse de pie. Así que físicamente ¿está bien su desarrollo?

Madre: Sí.

*El entrevistador observa y destaca la conducta y las fuerzas apropiadas en términos de desarrollo de Joan, aludiendo al **desarrollo motor normal** (caminar a una edad esperada, ausencia de hiperactividad). Esta estrategia es un intento de tranquilizar a la madre y de promover la alianza terapéutica cambiando el centro de atención de las fallas del desarrollo y la psicopatología a la normalidad y la progresión.*

Entrevistador: ¿Y qué hay con sus horarios? ¿duerme y se despierta en horarios regulares?

Madre: Come con regularidad. Duerme en la noche, pero a veces dormita y a veces no. Lo más que hace es dormitar dos veces más o menos una hora y media en cada ocasión, y casi todas las noches grita cuando la pones en la cama. Se queda dormida, pero siempre grita.

En respuesta a las preguntas sobre las rutinas de la niña, la madre, igual que antes, hace hincapié en problemas potenciales, no en fortalezas. Por el momento,

*el entrevistador otra vez cambia de de la dirección que conduce a la psicopatología para mencionar lo que la niña está haciendo bien. Observa cómo el entrevistador usa las propias palabras de la madre como puente para pasar a otro tema. Las preguntas sobre la **alimentación** y la **excreción** forman parte de toda entrevista a niños menores de 3 años.*

Entrevistador: Hábleme acerca de la regularidad de su alimentación.

Madre: Ella come cereal en la mañana y una botella y un jugo. Se come casi cualquier cosa.

Entrevistador: ¿Cualquier cosa?

Madre: Casi cualquier cosa que esté finamente picada.

Entrevistador: ¿Galletas?

Madre: Trato de no darle, pero si lo hago a ella le gustan.

Entrevistador: ¿Dulces? [Mientras tanto, Joan se ha incorporado y está de pie, pero aún se sujeta del hombro de su madre y evita el contacto visual con el entrevistador. No ha empezado a explorar los juguetes apropiados para su edad que se encuentran en el suelo).

*El entrevistador trata de ver qué clase de límites está estableciendo la madre para la niña. En toda evaluación de un niño pequeño, existe la posibilidad de al menos una parte del problema se relacione con la naturaleza de la **relación diádica** entre el niño y el padre. ¿Cómo es la calidad de la atención compartida y la intimidad que hay entre ellos? ¿qué tanto el adulto tolera la tensión mientras con habilidad regresa al niño a un estado de comodidad?*

Madre: Casi no le doy, pero en Halloween empezó a masticar cosas del tazón de los dulces de Halloween.

Entrevistador: ¿Cómo describiría el temperamento de la niña? ¿es una niña fácil o difícil?

Madre: Creo que ella es como una combinación, porque es muy intensa y muy obstinada. Sus emociones son bastante intensas.

Entrevistador: ¿Así que cuando llora, llora de verdad?

Madre: Y si ocurre algo que a ella no le gusta –como el otro día que intentaba apretar los botones de la televisión, pero no podía hacer lo que quería– empezó a gritar. No es fácil de calmar. Ella es en realidad feliz excepto cuando se enoja.

*El entrevistador nota los dos adjetivos, obstinada e intensa. Quizá resulten importantes para la evaluación del **temperamento** de Joan. Pero su madre rápido señala que el **estado de ánimo básico** de Joan no es deprimido ni ansioso, sino feliz. Es importante determinar si los niños pueden comunicar sus necesidades y*

estados afectivos con claridad. A través de sus intensas emociones, Joan parece comunicarse de buena gana; sin embargo, su madre ve estas mismas emociones intensas como un problema. Los niños que son difíciles de calmar a menudo desafían la competencia de sus padres y generan sentimientos de inadecuación.

Entrevistador: Hoy ella es precavida porque está en una situación extraña, pero cuando está en casa sale a explorar.

Madre: En casa, todo el tiempo está explorando y moviéndose por todos lados. Le encanta la música; se pone a bailar.

Entrevistador: ¡En serio! ¿Ve la televisión?

*En una niña tan pequeña, no sería nada confiable una evaluación formal de la inteligencia. Por ello, el entrevistador pregunta por características como la curiosidad, persistencia, atención y dominio de la tareas, que puede dar pistas del **desarrollo cognitivo** de Joan.*

Madre: Sí, hay un programa para niños en las mañanas. Deja de hacer cualquier cosa para verlo.

Entrevistador: ¿Cómo es en casa? ¿juega con juguetes?

Madre: Lo que más le gusta hacer es desorden en la casa. Saca toda la ropa de los armarios y todas las ollas de las vitrinas, y hurga en la basura cuando puede.

Entrevistador: [A Joan] Eres muy curiosa en casa; todo el tiempo juegas y exploras cosas. ¿Con qué crees que estoy jugando aquí? ¿quieres jugar conmigo? [Al fin, Joan toma un cubo con timidez y lo pone en una taza. Parece estar a punto de empezar a jugar. Casi inmediatamente, su madre retrocede, primero unas cuantas pulgadas. Luego, en los siguientes minutos se retira más; al final, se levanta y se sienta en una silla del consultorio].

Esta interacción ofrece la oportunidad de evaluar cómo juegan los niños pequeños con juguetes, y cómo responden a los extraños, al contacto visual, y quizás ser levantado. Participación, estado de ánimo, “proponer versus seguir,” creatividad, espontaneidad, habilidades motrices y periodos de atención, todo esto se puede evaluar en el curso de juegos sencillos. En el juego, el entrevistador sigue el juego de Joan poniendo cubos en una taza. Este tipo de juego paralelo es menos amenazante para un niño ansioso, inhibido, como describe a Joan su madre. Sin embargo, el retiro temprano, un poco rápido de la madre representa una amenaza potencial. Así, el entrevistador trata de mantener la conversación con la madre haciéndole preguntas, lo cual también sirve para quitar la presión del juego con la niña.

Entrevistador: ¿Le gustan los libros?

Madre: Adora los libros. Me deja leerle un libro a casi cualquier hora.

Joan: [Balbucea].

Entrevistador: [A Joan] Todo es interesante de mirar. [A la madre] ¿Ya dice palabras?

*El entrevistador ha observado que Joan empieza a explorar y, por primera vez, hace un comentario dirigido a ella desde una corta distancia, en vez de interactuar y posiblemente alejarla. Su balbuceo da pie a preguntas acerca de su desarrollo del habla. Incluso en niños preverbales, el entrevistador debe buscar evidencias de las **dificultades de lenguaje**, como el lento inicio de los sonidos del habla o, más adelante, problemas con la pronunciación.*

Madre: Apenas unas cuantas, Mamá y pelo. Ama al perro. Pelea con él por los mismos juguetes.

Entrevistador: [A Joan] ¿Me prestas ése?

Ahora el entrevistador intenta interactuar con Joan pidiéndole un objeto. Comienza a interesarse poco a poco en el juego; sin embargo, se observa timidez e inhibición. Si éstos son rasgos de temperamentos, estas cualidades podrían ser fortalezas aun cuando la madre las vea como problemas. Sin embargo, si las inhibiciones de la niña son el reflejo de interacciones sobrecontroladoras de parte de la madre, motivadas por la ansiedad, tal vez indican un problema de relación. Una tercera posibilidad es que un lugar extraño, desconocido, como el consultorio del clínico, produce una adecuada cautela. Si ese es el caso, la niña debería empezar poco a poco a animarse. La tarea del entrevistador es tratar de diferenciar las posibles fuentes de la cautela de Joan.

Entrevistador: ¿Usted cree que ella jugaría aquí todo el día?

Este comentario de que Joan empieza a divertirse busca dar tranquilidad a la madre; también puede dar tranquilidad a la niña a través de la referencia social no verbal.

Madre: Tal vez.

Entrevistador: ¿En el día está en una guardería?

Madre: No, está en casa con su niñera.

Entrevistador: [A Joan] Bueno, veamos si puedes poner estos cubos en la taza. [El entrevistador empieza a interactuar con Joan de una manera más directa e intencionalmente se interpone entre la niña y su madre para que no la pueda ver. Joan experimenta ansiedad de separación y de inmediato empieza a llorar enérgicamente, aun

cuando su madre sigue sentada en el mismo lugar.]

Tal vez el entrevistador se movió demasiado rápido. Sin embargo, las sesiones de evaluación suelen tener límite de tiempo, y es importante hacer alguna observación de la “separación,” aun en presencia del padre.

Entrevistador: Se ha estado conteniendo.

*El entrevistador comenta que Joan ha estado renuente a participar, conteniendo su ansiedad frente a la evaluación. No se ha relacionado por completo con el entrevistador, y aunque lo ha intentado con valor, empieza a llorar casi inmediatamente después de que el entrevistador trata de interactuar con ella de un modo directo. El lado positivo es que Joan ha dejado clara su capacidad para **discriminar figuras significativas**.*

Joan: [Llora muy fuerte y sin consuelo].

Madre: ¡Joan! Está bien, cariño, puedes jugar.

Entrevistador: Mientras juega sola, está bien.

Joan: [Ignora el sonido de su nombre y sigue llorando. Su madre la abraza, trata de calmarla y al final la levanta y la mece, pero todo es en vano].

Hasta aquí, las características más relevantes de esta entrevista es la intensidad del llanto de Joan y, como antes lo había descrito su madre, que nada la consuela. Un niño mayor, de 2 o 3 años, habría puesto a prueba los límites diciendo con su conducta, “No, no voy a escuchar.” A sus 14 meses, la atención selectiva y la renuencia a relacionarse de Joan no sugieren desafío, sino la necesidad de controlar su ansiedad de separación cancelando todos los estímulos nuevos y otras fuentes de confort, centrándose exclusivamente en su madre.

Madre: Está bien, cariño, está bien. [Sigue meciendo con rapidez a Joan, quien llora más fuerte y empieza a patear y retorcerse; es decir, es evidente que se resiste a que la consuelen].

En este punto, la madre trata de disculparse de la entrevista por un momento y de calmar a Joan en privado. Ella habría podido hablar de lo difícil que ha sido la entrevista para Joan, o para las dos. En lugar de ello, ansiosa de complacer al entrevistador, sigue meciéndola mecánicamente y respondiendo preguntas, al parecer, sin darse cuenta de cómo responder a las necesidades de la niña. En consecuencia, el llanto de Joan aumenta.

La **respuesta del cuidador** a las necesidades de un niño pequeño es una

característica esencial que todo clínico debe observar en una evaluación. En este caso, la madre parece casi perturbada por su necesidad de apaciguar a Joan. En esta etapa de desarrollo, el estrés en lugares y experiencias nuevas, y ante extraños es esperable. Pero el sufrimiento de Joan parece, al menos en parte, una respuesta a las señales afectivas de su madre.

Entrevistador: Cuando hay extraños en su casa, ¿cómo se comporta?

Madre: Depende de quién sea. Le gustan las mujeres como de mi edad y otros niños pequeños. Si está con familiares que no ha visto por un tiempo, tarda mucho para entrar en confianza, pero si estoy con ella está bien, y una vez que se acostumbra a ellos, está bien.

Algunos síntomas de los niños pequeños son pasajeros y aparecen sólo cuando están con un cuidador en particular. Cuando el otro padre o abuelo está presente, el evaluador puede ver un cuadro diferente. En la evaluación de estos niños, el asunto crucial es determinar qué conductas son apropiadas para la edad y normales (por lo tanto, motivo pasajero de la preocupación de los padres) y cuáles podrían ocasionar problemas significativos en el futuro. Por esta razón, el entrevistador quiere saber si la conducta de Joan se presenta en múltiples contextos y situaciones sociales. A pesar de que la niña, casi todo el tiempo, se aferra a su madre y se niega a explorar y relacionarse, no es claro qué tanto se trata de conductas generalizadas a otros contextos. Más adelante en la entrevista, será necesario preguntar sobre la interacción de Joan con sus pares y su niñera.

Entrevistador: ¿Y qué pasa cuando van a la dulcería? ¿cree que ella está bien ahí?

[Empieza a jugar con los cubos, tintineándolos entre sí, pero Joan sigue lloriqueando. Aunque al fin deja de llorar, es obvio que a Joan no le interesa volver a jugar].

*Es importante preguntar por la conducta del niño –y las **expectativas de los padres** – en diferentes escenarios. Incluso ir de compras a una dulcería puede ser una excursión demasiado estimulante. Si los padres esperan conductas que no son adecuadas para la edad de su hijo, juzgarán inadecuadas sus conductas.*

Madre: Las personas se nos acercan y a ella no le molesta. Creo que no le gustan las mujeres mayores de 70 años cubiertas de maquillaje. Creo que la asustan. Empieza a llorar. Pero está acostumbrada a ir a las tiendas.

Entrevistador: Ah, bien. Bueno, tal vez ya hemos hecho suficiente por hoy.

A menudo, la sesión debe ser breve por periodos limitados de atención de los niños pequeños, pues se cansan. A veces es necesario, tener varias sesiones en el curso de unas semanas o más con niños pequeños, mientras que una sola sesión, con frecuencia, es suficiente para evaluar niños mayores y adolescentes.

Madre: ¿Cuál cree que sea su problema?

Entrevistador: Entiendo su preocupación por la intensidad de sus respuestas emocionales. Lo vimos aquí el día de hoy. También vimos lo difícil que es apaciguarla y lo obstinada que puede ser. Desde luego, tenemos que evaluar un poco más para ver cómo actúa en otros lugares y con otras personas. Pero habrá algunas cosas de las que podamos hablar que la ayuden con su hija. [Madre e hija están listas para marcharse. Joan se alegra ante la idea de irse. A pesar de que su madre le insiste, se niega a decir adiós con la mano].

Aunque esta conclusión preliminar puede dar alivio a algunos padres, otros no estarán de acuerdo con el clínico respecto a la gravedad de la conducta que observan en sus hijos. El padre debe ayudar a decidir si es necesario hacer una evaluación más completa que incluya una visita al hogar, una cita con el niño y el otro padre, y una plática con los dos padres sin el niño. A menudo, cada padre tiene una perspectiva diferente de los problemas del niño y de la mejor manera de resolverlos. Desde luego, el clínico siempre debe escuchar con atención las preocupaciones de los padres. Los que no desean una evaluación completa, la devolución debe estar enmarcada en la posibilidad de que regreses unos meses más tarde si su preocupación aún no desaparece. En cualquier caso, el tiempo puede demostrar que la madre de Joan estaba en lo correcto: los niños pequeños extremadamente tímidos se convierten en niños mayores con trastornos de ansiedad.



Capítulo 5

Entrevista de juego con una niña de 6 años

Como se mencionó en el capítulo 2, los examinadores que entrevistan a niños pequeños con frecuencia usan materiales lúdicos para facilitar la interacción, observar las capacidades físicas, emocionales y cognitivas del niño, y hacer que se manifiesten las áreas de conflicto o trauma. El juego brinda distancia respecto de las situaciones que provocan ansiedad y permite al niño comunicarse de modo indirecto. Los sentimientos se pueden expresar sin el reconocimiento verbal, pero el entrevistador tiene que confirmar sus inferencias a partir del juego mediante preguntas directas. Sin embargo, cuando el niño ha jugado tranquilamente, es probable que los sentimientos o experiencias simulados correspondan a lo que le pasa al niño en situaciones de la vida real. Las sesiones de juego, como la que se presenta aquí, es la más eficaz para evaluar a niños en edad escolar. Sin embargo, niños más pequeños, algunos adolescentes tempranos y niños de cualquier edad con retrasos en el desarrollo también responden positivamente a las técnicas de juego.

Algunos niños se adaptan de inmediato y empiezan a explorar; otros necesitan tiempo (o uno de sus padres a su lado) para entrar en confianza en la situación de entrevista. En cualquier caso, se debe conceder el tiempo adecuado para que, de acuerdo con el estilo interactivo de cada niño, se relacione con el entrevistador.

A los 6 años de edad, Susan fue enviada a evaluación porque su maestra estaba preocupada, ya que en la escuela era mandona con sus amigos. A la maestra también le preocupaba que Susan no mantenía la atención de la manera esperada para su edad; a veces, parecía perdida en su mundo de fantasía. La madre de Susan también se preocupaba por la excesiva rivalidad con sus hermanos.

Entrevistador: Hola, tú debes ser Susan. Mi nombre es Dr. Q. ¿Tu mamá te dijo por qué vienes hoy aquí? [Susan asiente afirmativamente] ¿Qué te dijo?

Susan: Que usted podría ayudarme con mis problemas.

Entrevistador: ¿Qué clase de problemas tienes?

Susan: Mi mamá dice que no me llevo bien con mi hermana, pero yo no lo creo.

Entrevistador: Bueno, espero que pueda ayudar a decidir si hay o no un problema. Me gusta jugar con los niños. Me ayuda a entender el problema. ¿Te gusta dibujar?

Mientras tanto, el entrevistador sonríe, hace contacto visual y da otras señales no

verbales (difíciles de describir por escrito) para comunicar que le interesa la comodidad y bienestar de Susan. Sobre todo, el niño debe experimentar una entrevista clínica sin sentirse juzgado ni amenazado.

Susan: Sí.

Entrevistador: Bueno, aquí tengo unos marcadores. Me gustaría que dibujes a tu familia. ¿Entiendes?

Susan: Está bien.

[Con colores brillantes, empieza a hacer figuras, perfectamente acordes con su edad. El entrevistador observa y habla poco, excepto para preguntar a quiénes representan las figuras y cuáles son los nombres de sus hermanos y de su perro. Susan presume orgullosa sus capacidades de ortografía y escritura poniendo los nombres con audacia junto a las figuras].

Los niños más pequeños, con frecuencia, no asimilan por completo el significado de la palabra entender. Para asegurarse de que el niño ha comprendido, el entrevistador puede pedirle que repita lo que tiene que hacer. Sin embargo, Susan parece no tener tales problemas. (Si Susan fuera mayor, pedirle que dibuje el plano de su casa habría servido para romper el hielo).

Entrevistador: Eso está, de verdad, excelente. ¿Quién te enseñó a escribir así?

Susan: Mi mami.

Entrevistador: ¿En serio? ¿Y quién es éste?

Susan: Mi papá.

Entrevistador: ¿Y ésta quién es?

Susan: Mi hermana, Denny, y mi hermano bebé, Isaac.

Entrevistador: ¿Cómo deletreas Denny?

Susan: D-E-N-N-Y.

Entrevistador: ¿Qué edad tienen ustedes tres? ¿Puedes escribir sus edades? [Susan escribe la edad arriba de cada figura: 6 arriba de su propio nombre, 4 arriba de Denny y 6 meses arriba de Isaac].

Aquí y en los siguientes momentos, el entrevistador evalúa varios aspectos del desarrollo de Susan pidiéndole que deletree, escriba y hable acerca de su familia.

Entrevistador: Escribes muy bien. ¿Y éste es tu perro? ¿Qué clase de perro es Roscoe?

Susan: Un labrador amarillo.

Entrevistador: ¿Cuántos años tiene Roscoe?

Susan: Tiene 4 o 5.

Entrevistador: ¿Dónde duerme?

Susan: Se queda fuera de la casa, en el patio trasero.

Los nombres de hermanos, amigos y animales constituyen puntos de anclaje para focalizar, después, la conversación; también sirven para que la conversación sea más real para el niño. La información sobre las relaciones con animales suelen proporcionar indicadores de la capacidad de empatía del niño.

[Mientras tanto, Susan ha terminado su dibujo, coloreándolo y agregando detalles de la vestimenta. El entrevistador ha estado observando, elogiando sus habilidades y haciendo preguntas sobre su dibujo. Susan ha respondido de buena gana].

Entrevistador: Veo que dibujaste lentes de sol a Denny.

Susan: Porque a ella le gustan.

Entrevistador: ¿Le gustan? [En lugar de dar más información sobre los lentes de sol, Susan toma otra hoja de papel y dibuja a más personas] ¿Y éstos son tus amigos?

Susan: Ajá.

Entrevistador: ¿Cómo se llaman?

Susan: Melody, Vanessa, Johnny, Mara, éstos son gemelos.

Entrevistador: ¿Así que hay un niño, Johnny?

Susan: Johnny y Mara son gemelos.

Entrevistador: ¿Alguno de ellos vive cerca de ti? [Susan asiente y sigue dibujando] ¿Todos viven cerca de ti? [Susan asiente otra vez] ¿Y tú vas a sus casas a jugar con ellos?

Susan: Ellos van a mi casa a jugar conmigo. Y a veces yo voy a sus casas.

Entrevistador: ¿Puedes hacer un dibujo de tu casa?

Susan: Claro.

Entrevistador: ¿Ha llovido mucho en tu casa?

La entrevista tiene lugar en una época de inundaciones locales; el entrevistador mide la consciencia de Susan respecto de los eventos actuales.

Susan: Sí.

Entrevistador: ¿Ha habido alguna inundación en tu casa?

Susan: No.

Entrevistador: Parece que te gusta dibujar. ¿Dibujas en la escuela?

Susan: Claro.

Entrevistador: Eres una gran artista. ¿Quién más dibuja en tu familia?

Susan: Denny.

Por este medio, en unos cuantos minutos, el entrevistador ha obtenido mucha

información acerca de la vida de Susan con su familia y sus amigos, y en su hogar.

Entrevistador: ¿Tienes tu propio cuarto o lo compartes?

Susan: Tengo que compartir mi cuarto con Denny, y oírla roncar en la noche.

Entrevistador: ¿Y oírla roncar en la noche?

Susan: Sí.

Entrevistador: Ah, vaya. ¿A qué hora se duerme Denny?

Susan: A la misma hora que yo, 7:30 pm.

Entrevistador: Entonces se queda dormida y empieza a roncar ¿y tú no puedes dormir?

Susan: Empieza a roncar a media noche y me despierta.

Entrevistador: ¿Duermen en una litera o en camas separadas?

Susan: En una litera.

Entrevistador: ¿Quién se acuesta arriba?

Susan: Yo.

Los hechos concretos de quién duerme dónde y cuándo son menos importantes que establecer la estructura temática general de la organización de la casa y la cualidad de las relaciones personales. Observa que el entrevistador ha usado varias preguntas cerradas en su entrevista. Desde luego, al permitir que el niño responda a partir del universo de su experiencia personal, las preguntas abiertas proporcionan más información válida; sin embargo, los niños pequeños dan menos información que los niños mayores o los adolescentes si se basan sólo en sus recuerdos espontáneos.

Entrevistador: ¿Dónde duerme Isaac?

Susan: En una habitación junto a la nuestra. Él tiene su propia habitación.

Entrevistador: Dijiste que Roscoe duerme afuera. ¿Nunca lo dejas entrar a la casa?

Susan: No, nunca.

Entrevistador: Y tu mamá y tu papá tienen una habitación grande. ¿Está junto al de ustedes?

Susan: Junto al de Isaac.

Entrevistador: [Señalando] ¿Qué es eso? ¿Una cerca?

Susan: Es para que Roscoe no se salga del patio.

Entrevistador: Si se sale, ¿se escapa?

Susan: Sí. Entonces tendríamos que tratar de atraparlo. Tenemos que llamarlo miles de veces.

Entrevistador: Dijiste que tienen una litera; pláticame más de tu habitación.

El entrevistador empieza a explorar la relación de hermanas con Denny, quien

“vive” en la cama de abajo y ronca. Pedir a Susan que describa su habitación ayuda al entrevistador a tener una mejor idea de su ambiente.

Susan: Claro.

Entrevistador: ¿Tienes tu propio vestidor y tu propia ropa? [Susan dice “sí” asintiendo]
¿Y qué hay de tus juguetes? ¿Dónde los guardas?

Susan: En un armario. Los compartimos.

Entrevistador: ¿Los comparten?

Susan: Nuestra habitación siempre está desordenada.

Entrevistador: ¿Desordenada? ¿Y tu mamá les dice, “niñas, ordenen su cuarto”?

Susan: Sí.

Entrevistador: ¿Y quién hace el trabajo?

Susan: ¡Yo! Denny se pone a jugar y yo le digo “No, Denny, tenemos que acomodar las cosas, no jugar.” Y ella dice, “Pero yo quiero jugar, no acomodar”.

Entrevistador: No te hace mucho caso, ¿verdad?

En repetidas ocasiones, el entrevistador hace comentarios sobre lo que Susan dice. Estos comentarios le muestra a los niños que pueden hablar con un profesional adulto lo que les molesta, y que él los escuchará.

Susan: No, no me hace caso.

Entrevistador: ¿Alguna vez le has pegado un poco?

Al pedir información sobre la agresión, funciona bien usar términos comunes que la mayoría de los niños entiende, como “ patear,” “pegar” y “gritar.” Sin embargo, si una frase como “pegarle un poco” la usa un niño o un informante, vale la pena explorar su significado.

Susan: No.

Entrevistador: No. ¿Y ella te ha pegado?

Susan: Sí, mucho.

Entrevistador: ¿Te pega y te quita cosas?

Susan: Ajá.

Entrevistador: ¿Cómo te hace sentir eso?

El entrevistador ya conoce mucho de este material, pero los estudios han mostrado que los niños son los informantes más precisos de sus propios sentimientos, estados de ánimo y experiencias internas. Por otro lado, los padres y maestros son mejores informantes de la conducta de los niños.

Susan: No sé, como enojada -Pero tal vez no muy...

Entrevistador: Ya que tú eres la mayor, supongo que tienes que ser un buen ejemplo. ¿Tienes que comportarte bien y no meterte en problemas?

Introduciendo la pregunta con "Supongo," el entrevistador da la oportunidad a Susan de responder negativamente.

Susan: Sí me meto en problemas.

Entrevistador: ¿Qué sucede?

Susan: Me pongo a gritarle si no me hace caso. Nunca deja de jugar.

Entrevistador: ¿Y entonces te metes en problemas, o ella se mete en problemas?

Susan: Las dos nos metemos en problemas.

Entrevistador: Bueno, escucha esta idea. Haz como si tú fueras tu hermana y yo voy a ser tú, ¿de acuerdo? Voy a jugar con estos juguetes aquí y a comportarme bien, sólo voy a hacer una reunión para tomar el té aquí; ¿y qué hace tu hermana? [Mientras habla, el entrevistador pone dos tazas de té en platitos y sirve el té en las tazas. Susan de inmediato asume su papel de hermana menor].

Dar a Susan la oportunidad de actuar el papel de Denny puede indicar qué tan "molesto" y difícil de controlar es realmente su hermana. El juego de roles, a menudo con muñecos o con títeres de mano, ayuda a los niños a comunicar material que no pueden o no quieren expresar de otras maneras. En este caso, el entrevistador usa información obtenida antes para establecer los temas del juego.

Susan: Oye, yo también quiero jugar contigo.

Entrevistador: No, vete. Yo quiero jugar con mi... oye, no me puedes pegar. ¿Qué haces? Yo podría pegarte a ti también. Ahora, compórtate. ¿Me oyes?

En el papel de Denny, Susan se vuelve peleonera de inmediato. El entrevistador, en el papel de hermana mayor, amenaza con un desquite justificado (Susan antes ha dicho que nunca le pega a Denny). Sin embargo, la interacción sugiere dos posibilidades: 1) Denny es muy provocadora, de inmediato amenaza con el altercado físico; 2) Susan lleva una gran cantidad de enojo contenido contra su hermana. Desde luego, estas posibilidades pueden coexistir.

Susan: ¿A quién le importa?

Entrevistador: ¿A quién le importa? A mí. Tengo una reunión de té aquí. ¿Tú quieres una taza de té?

Susan sigue en el papel de la hermana menor consentida. El entrevistador cambia

de las amenazas a la invitación a jugar. Este cambio permite a “Denny” empezar a jugar de manera cooperativa. ¿La versión de Susan de Denny tiene esta capacidad?

Susan: Claro.

Entrevistador: Está bien. Aquí. Pero ten cuidado. No hagas desorden.

Susan: Uy, tiré mi té. ¿Me prestas un paño para lavarme?

“Denny” también cambió, pero el entrevistador de inmediato le lanza un desafío, al que “Denny” creativamente responde con una provocación.

Entrevistador: ¿Por qué no consigues tu propio paño?

Susan: Porque no sé dónde los esconde mamá.

Entrevistador: Está bien, aquí hay uno. Limpia tu desorden. Muchas gracias, ahora vete y deja de molestarme.

Susan: Está bien [risita].

Es evidente que Susan está metida en el juego y lo disfruta, lo cual bien puede reflejar interacciones de la vida real con su hermana menor.

Entrevistador: ¿Quieres otra taza de té?

Susan: Está bien. Pero voy a jugar con las Barbies.

Entrevistador: Pero son mis Barbies. No quiero que juegues con mis Barbies.

Susan: Yo tengo las mías debajo de mi cama.

Entrevistador: Bueno, no juegues con las mías, ¿de acuerdo?

Susan: De acuerdo.

Observa cómo Susan ahora ha tomado el control del tema. El entrevistador ha sugerido el juego del té, pero Susan quiere jugar con las muñecas. El entrevistador ha tratado de provocar un conflicto entre las hermanas, pero Susan ha desviado la pelea diciendo que ella tiene sus propias muñecas. Conforme el juego avanza, el entrevistador verá si Susan insiste en mantener el control o si está dispuesta a compartir.

Entrevistador: [Con voz de adulto] ¿Quieres jugar con una Barbie o con un Ken?

En la transcripción, es difícil dar cuenta de quién está representando a quién, pero para los participantes todo es muy claro. A medida que Susan y el entrevistador se meten en sus respectivos papeles, es muy probable que su juego refleje la interacción cotidiana de estas dos hermanas. El entrevistador cambia a

una voz adulta para tomar distancia momentáneamente de la situación simulada. Éste es un intento de realinear los roles del juego de acuerdo con las preferencias de Susan.

Susan: ¿Juegas con Barbies conmigo? Por favor, por favor.

Entrevistador: Ay, eres un fastidio, Denny, pero voy a jugar contigo un ratito, ¿está bien? Ah, me encanta esta Barbie. Vamos a jugar a la casita.

Susan: Yo soy la mamá.

Ahora Susan cambia del papel de Denny al de la Mamá. Con unas cuantas palabras, el entrevistador hace la transición.

Entrevistador: Yo soy la hermana.

Susan: [Como mamá] ¡Ordena tu cuarto!

Entrevistador: [Como Denny] ¿Tengo que hacerlo, mami?

“Mami” se vuelve un poco mandona, tanto en el tono como en la manera de dar órdenes. La “Denny” del entrevistador hace puchero y opone resistencia.

Susan: Claro. Ahora.

Entrevistador: ¿Por qué? ¿No puedes jugar un ratito más? Lo haré más tarde, ¿de acuerdo?

Susan: Una hora más. En una hora tienes que bañarte.

Entrevistador: Odio bañarme.

Susan: Ayer te ensuciaste en el lodo.

Entrevistador: Sí, pero mañana me bañaré.

Susan: Pero aún te falta arreglar tu cama, ¡ahora!

Entrevistador: Bueno, si arreglo mi cama toda sucia, Susan ordenará todo por mí.

Susan: Ella no tiene que ordenarlo. Ella va a la escuela.

Entrevistador: ¡No! No quiero que vaya a la escuela. Quiero que juegue conmigo.

El tema es el control, y el entrevistador representando el papel del renuente, denominado hermana menor, e intenta evaluar qué clase de represalias esa “Mami” puede invocar. Observamos que “Mami” y “Susan” parecen comprensivas, pacientes y benevolentes. A partir de esta interacción, compromiso y resolución, en vez de castigo físico y gritos, parecen ser los modos preferidos de interacción en este hogar.

Susan: Lo siento, ella tiene que ir a la escuela. Adiós.

Entrevistador: Adiós, Susan, que tengas lindo día en la escuela.

Susan: Ahora tú ve a jugar y báñate.

Entrevistador: Ah, me encanta esta bañera. Voy a hacer un gran desastre aquí. Voy a salpicar todo y hacer un desastre.

Susan: ¿Oí que dijiste desastre?

Entrevistador: Nop.

Susan: Vas a limpiar todo.

Entrevistador: No voy a limpiar, porque me estoy divirtiendo mucho jugando aquí.

Susan: Tu hermano va a venir para bañarse contigo.

Otra vez, “Mami” no cae en las provocaciones de “Denny”, pero cambia el centro de atención al introducir al hermano bebé. De este modo, evita la confrontación en torno al desastre de “Denny.”

Entrevistador: Está bien, pero él no me gusta. Es sólo un bebé. Me pone jabón en la boca.

Susan: Te comportas o yo voy a ponerte jabón en la boca.

Aquí, por primera vez, “Mami” amenaza con represalias si el bebé sufre algún daño.

Entrevistador: No, me portaré bien, pero él me está molestando.

Susan: No está haciendo nada más que jugar en la bañera.

Entrevistador: Está llorando, está gritando, me molesta.

Susan: Tú sal de aquí, ¡sal ahora mismo!

Entrevistador: Está bien, mami.

El tema de los hermanos menores de Susan siendo irritantes y provocadores es constante, secundado por el papel que representa el entrevistador, pues facilita la rivalidad entre los hermanos. Sin embargo, Susan actuando como mami (antes como Denny) podría haber cambiado los temas o el tono. Al final, “mami” al fin se vuelve firme e insistente.

Entrevistador: ¿Mamá?

“Denny” empieza otra vez. El entrevistador y Susan en verdad están metidos en este drama vital. El entrevistador intenta extender los límites para observar las respuestas de Susan en tanto que ella los representa-actúa a través de la conducta de su hermana menor.

Susan: ¿Qué?

Entrevistador: Tengo hambre.

Susan: Pero acabas de cenar. Ya no más refrigerios.

Entrevistador: ¡Ah, por favor!

Susan: No.

Entrevistador: ¿No podría comer algo?

Susan: No.

Entrevistador: ¡Por favor! Tengo hambre.

Susan: Puedes comer unas zanahorias.

Otra demostración de paciencia y negociación.

Entrevistador: No, no quiero zanahorias. Odio las zanahorias. Quiero galletas.

Susan: ¡Nada de dulces después de la cena!

Entrevistador: ¡Ah, por favor! Prometo lavarme los dientes.

Susan: Tienes que cepillarlos 14 veces.

Entrevistador: ¿Catorce? Está bien, pero dame un poco de leche y una galleta.

Susan: Aquí tienes.

Entrevistador: Aventaste mi galleta en la bañera. Está toda mojada. ¡Ayuda! Sácame de aquí. Estoy limpia. ¡Ayuda! ¡Ayuda!

Susan: Está bien, puedes salir. Ve a dormir, estás siendo mala.

Entrevistador: Pero no estoy cansada. Me dijiste que me podía quedar despierta hasta tarde esta noche.

Susan: Bueno, ya son las 9 pm.

Entrevistador: No, quiero ver televisión. Un programa más.

Susan: Está bien, pero nada más.

Este drama refleja conflictos y resolución, provocación y negociación, interacciones típicas de la vida cotidiana de la familia. Las peleas que se centran alrededor de la comida, la hora de dormir y la limpieza son universales y a menudo sirven como núcleo de las interacciones de juego. En niños más perturbados, la violencia puede ser un tema fijo desde los primeros juegos. Obscenidades, interacción sexualizada, accidentes catastróficos y conductas de riesgo son signos más ominosos de patologías graves.

Entrevistador: No quiero ir a dormir, ¿sabes por qué?

Susan: ¿Por qué?

Entrevistador: Porque mi hermana ronca.

Susan: ¿Susan?

Entrevistador: Sí, Susan. Ella ronca, y no quiero estar ahí.

En realidad, Denny ronca, pero Susan acepta el juego y sigue respondiendo como Mami.

Susan: Te voy a acomodar en el cuarto del bebé.

Entrevistador: Muchas gracias, pero tampoco voy a estar ahí.

Susan: Está bien.

Entrevistador: Quiero estar en tu cuarto, Mami.

Susan: Está bien, a la hora de dormir.

Entrevistador: Imagínate, vamos a dormir una junto a la otra.

Susan: [Hace el sonido de un ronquido].

Entrevistador: ¡Dios mío! No puedo dormir aquí. Hay demasiado ruido. ¡Deja de roncar!

Susan: Lo siento, esa es la única manera en que puedo dormir.

Entrevistador: Me asusta. Parece una tormenta con truenos.

Susan: No soy una tormenta con truenos.

Entrevistador: ¡Sí eres una tormenta! [Cambia a voz de adulto] ¿Sabes qué significa cuando roncas?

Susan: ¿Qué?

Entrevistador: A veces, significa que tienes una nariz taponada. Y a veces, significa que cuando duermes, respiras por la boca en lugar de la nariz.

Susan: Niñas, quiten sus cosas de aquí.

O la intervención educativa del entrevistador es prematura o el juego es demasiado divertido. Susan cambia a limpiar en vez de ir a dormir.

Entrevistador: Mamá, hazlo tú. Nosotras no queremos limpiar. Limpia tú.

Susan: Voy a llamar a papá para que intervenga en esto.

Entrevistador: [Como papá] Niñas, ustedes limpien y dejen de pelear.

El entrevistador toma el papel de papá, quien habla con voz de mando. Al traer al papá al juego, Susan amplió el reparto de personajes, y el entrevistador se aborda más posibilidades de ver qué nueva información puede obtener. Estas expansiones y cambios son comunes con niños que tienen una imaginación activa y pueden mantener su orientación y centro de atención. Esta flexibilidad no es característica de un niño psicótico o con trastorno depresivo, un trastorno de ansiedad grave o una discapacidad intelectual.

Entrevistador: Ten tu galleta. ¿Quieres un poco de jugo?

Susan: Sí.

Entrevistador: Bueno, aquí está tu jugo. Ahora, niñas, apaguen la luz y duerman. No

pienso regresar a repetirlo. ¿Me oyeron?

Susan: Está bien.

Entrevistador: Buenas noches. ¡Y no ronquen!

Susan: Los siento, papá, pero no puedo evitarlo.

Entrevistador: Denny, te lo estoy diciendo. Deja de roncar, o vas a tener que dormir afuera con Roscoe.

Susan: Susan lo hizo.

Al aceptar la culpa, ¿Susan está protegiendo a su hermana, quien está siendo amenazada por “papá,” o está mostrando cómo Denny le echa la culpa? Observa la fluidez del juego de roles en el que Susan y el entrevistador pasan de un papel a otro de los cuatro miembros de la familia.

Entrevistador: ¿Estás roncando, Susan?

Susan: Sí, pero trato de no hacerlo. ¿Puedo estar levantada un poco más?

Entrevistador: No, mañana tienes escuela y tienes que ir en la mañana, así que necesitas dormir.

Susan: ¿Quién dice que no puedo?

Entrevistador: Papá dice que no puedes. ¿Quieres pelear con papá?

Susan: Le voy a decir a mamá.

Entrevistador: [Como mamá] ¿Quién me llama? ¿Qué pasa, Susan?

Susan: Ve con papá y dile que quiero estar levantada un poco más.

Entrevistador: [Como mamá] Ella quiere estar levantada un poco más. [Como papá] Bueno, yo dije que tiene que irse a dormir. Ahora, ¿quién manda? [Como mamá] Antes le había dicho que podía quedarse levantada un poco más. [Como papá] Está bien.

Susan: Gracias, mamá.

Entrevistador: Puedes estar levantada un poco más, pero sólo unos minutos.

Susan: Unos minutos. Está bien, mamá. Quiero una galleta. ¿Dónde están?

Entrevistador: Es muy tarde para comer galletas, cariño. No más refrigerios ahora. Es hora de prepararte para dormir.

Susan: ¿Ya?

Entrevistador: ¿Estás de acuerdo?

Susan: Está bien.

Entrevistador: Buenas noches, niñas. No ronquen. Las veré en la mañana; duerman bien. Les daré a cada una un beso de buenas noches.

Como con otras consecuencias del juego, la hora de dormir ha concluido con todos consolados y dormidos. La negociación y los acuerdos han resuelto en gran medida los asuntos de control y establecimiento de límites. Susan reconoce el fin de la consecuencia, pero quiere seguir jugando.

Susan: Vamos a jugar algo más.

Entrevistador: Está bien. Ahora juguemos a la escuelita. ¿Cómo se llama tu maestra?

El entrevistador eligió el siguiente tema para explorar cómo esta niña experimenta su vida escolar. Habría sido útil dejar que la niña eligiera el siguiente tema para ver qué identifica ella como un aspecto importante de su mundo.

Susan: Es la maestra G.

Entrevistador: ¿La maestra G? Ésta es la maestra G. [Toma otra muñeca y representa el papel de la maestra con otra voz diferente] Bien, buenos días, Susan. Me da gusto verte.

Susan: [Bosteza].

Entrevistador: Ah, estás muy cansada. Apuesto a que estuviste despierta hasta tarde anoche, ¿no? Se supone que tienes que ir a la cama temprano.

El entrevistador adopta una actitud autoritaria. Susan intenta ponerse de pie por sí misma, pero el entrevistador insiste. En última instancia, como antes, ella se retira de la confrontación.

Susan: No estoy cansada.

Entrevistador: Estabas tomando una siesta. Tendré que decirle a tu mamá que te lleve a la cama más temprano. ¿Hiciste la tarea?

Susan: No. Estuve durmiendo.

Entrevistador: Bueno, hoy tendremos examen de ortografía. ¿Están listos para el examen?

Susan: Creo que sí.

Entrevistador: Voy a elegir una palabra difícil. ¿Cómo deletreas *padre*?

El entrevistador intenta evaluar algunas habilidades cognitivas de Susan; con niños pequeños, esto puede hacerse mejor en el contexto del juego. La palabra elegida puede ser demasiado difícil para la mayoría de los niños de 6 años de edad, pero algunos niños pueden memorizarla antes.

Susan: P-A-D-R-E.

Entrevistador: Tienes 10. Muy bien

Susan: [Complacida] ¡Eeeeeh!

Entrevistador: Ahora algo de matemáticas.

Susan: M-A-T-E-M-Á-T-I-C-A-S. [Risita].

Entrevistador: ¿Sabes cuánto es 6 más 7?

Susan: No.

Entrevistador: ¿Sabes cuánto es 3 más 1?

El entrevistador empieza con una tarea difícil, luego sigue con un problema más adecuado para su edad. Otros clínicos podrían empezar con problemas más fáciles para fomentar la confianza.

Susan: Cuatro.

Entrevistador: ¿Sabes cuánto es 6 más 2?

Susan: Ocho.

Entrevistador: Muy bien. ¿Quieres aprender a jugar garabatos? Si hago un garabato como éste, ¿puedes hacer un dibujo con mi garabato?

El juego de garabatos, descrito por primera vez por Donald Winnicott, es un intento de prueba proyectiva para niños pequeños a los que les gusta dibujar. El niño o el examinador dibuja un garabato de una línea o forma; el otro continúa el dibujo dándole un significado. Después de algunos turnos para cada uno, se le pide al niño que “cuente un historia” que vincule los garabatos. Si es posible, los garabatos completados del examinador deben tratar de reflejar algunas de las áreas de conflicto que presenta el niño.

Entrevistador: Excelente. Una flor. Ahora, haz un garabato y yo haré un dibujo. [Susan lo hace]. Hiciste uno difícil. [Gira el papel en el que el garabato de Susan está dibujado de un lado a otro tratando de visualizar un dibujo terminado; luego, completa el garabato].

Como la mayoría de los niños, Susan ha captado el concepto con facilidad y parece disfrutar el juego.

Susan: ¿Qué es eso?

Entrevistador: Dibujé un caballo. ¿Así que qué tenemos? Una flor; luego, un caballo. Ahora es mi turno. [En total, Susan y el entrevistador dibujaron una flor, un caballo, un árbol, una mujer de cabello ondulado, diamantes y una casa con humo saliendo de la chimenea. La madre de Susan entra en el cuarto antes de que lleguen a la parte del juego en que se crean historias].

Entrevistador: Bueno, Susan, se nos ha terminado el tiempo. Tenemos que dejar de jugar. Gracias por venir. Adiós.



Capítulo 6

Entrevista de juego con un niño de 7 años

Obtener información significativa de un niño que tiene alteraciones emocionales o conductuales plantea un desafío especial. Exige, al mismo tiempo, seguir las iniciativas del niño, tratar de establecer y mantener una relación significativa, y obtener información relacionada con la tendencia a distraerse vs capacidad de atención, concentración vs impulsividad, cooperación vs control, curiosidad vs inhibición, rigidez vs flexibilidad, participación vs aislamiento. Tener materiales adecuados para la edad del niño, con frecuencia, facilitan este proceso.

La entrevista con juego que aparece a continuación ilustra la gran dificultad que, incluso para un entrevistador experimentado, puede representar mantener una relación con un paciente difícil. En los comentarios, se resaltan en **negritas** 10 cualidades importantes que se deben observar en toda entrevista a un niño: nivel de actividad, periodos de atención y tendencia a la distracción, facilidad para la comunicación, coordinación, tolerancia a la frustración, impulsividad, gesticulaciones y otras peculiaridades del movimiento físico, estado de ánimo, respuesta al establecimiento de límites y respuesta a los elogios.

Norman, de 7 años de edad, ha sido paciente en un programa de tratamiento diurno por más de dos años. Al principio, después del divorcio de sus padres, experimentó miedos irracionales de ser abandonado. El motivo de consulta actual se debe a que presenta tics, hiperactividad y agresión, que los medicamentos no han logrado controlar de manera adecuada. El diagnóstico de trabajo es trastorno por déficit de atención/hiperactividad comórbido con trastorno Gilles la Tourette.

Curioso y sumamente activo, Norman entra al cuarto de examen sin compañía (ninguno de sus padres lo acompaña, porque ha llegado directamente de su salón de clases correspondiente al tratamiento diurno). En el piso hay un cubo de juguetes, que de inmediato llaman su atención. Al principio, se lanza de un juguete a otro y explora el cuarto.

Entrevistador: Hola, Norman. Soy el Dr. S., ven y mira las cosas que tengo aquí.
*El entrevistador, que se da cuenta de inmediato del alto **nivel de actividad** de Norman, empieza sonriendo e invitándolo a explorar y jugar con los materiales. Esto hace que el niño se sienta más cómodo.*

Norman: ¿Qué es esto? ¿Ropas?

Entrevistador: Te mostraré. Esto es un títere.

Norman: ¿Qué?

Entrevistador: Mete tu mano.

Norman: Olfatea el títere. Huele raro. ¿Qué es esto? [Retira una muñeca del cubo de juguetes].

Entrevistador: ¿Ah, sí?

Norman: Sí.

Norman no toma el títere de la manera usual, sino que lo olfatea (¿una conducta extraña?) y de inmediato va por otro juguete. El entrevistador no puede mantener el interés del niño, así que pasa con Norman al siguiente objeto.

Entrevistador: ¿Qué parece?

Norman: Parece una Barbie.

Entrevistador: Excepto por que ha perdido un zapato.

[Norman deja caer la muñeca y sigue explorando nuevos juguetes. Hace una lluvia de preguntas acerca de cada una de las cosas que toma: “¿Qué es esto?” “¿Esto qué hace?” “¿Cómo se usa esto?” Sin embargo, en realidad no escucha las respuestas del examinador. Al final Norman toma de manera impulsiva una cámara, luego lanza el micrófono de videograbación y jala los cables. Ahora el entrevistador establece límites y pide a Norman no tocar el micrófono. Norman responde expresando su deseo de salirse de la sesión. Después de que el entrevistador lo insta “a jugar un poco más, porque quiero jugar contigo”, Norman regresa a la caja de juguetes, pero sigue interesado en el micrófono].

La impulsividad y los cortos periodos de atención de Norman son absolutamente evidentes en esta secuencia de eventos, junto con sus necesidades del (y resistencia al) establecimiento de límites.

Norman: ¿Para qué es el micrófono?

Entrevistador: Para que las personas puedan oír lo que estamos diciendo cuando vean la película. ¿Tu maestro no hace una película contigo? No lo toques, por favor. No, tienes que dejarlo.

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Eso fue un video?

Norman: [Dirige su atención a la parte trasera de la cámara de juguete]. Desearía que hubiera película aquí. ¿Cómo abres esto?

Entrevistador: ¿Te gustan las cámaras?

Norman: Sí. ¿Cómo se abre?

Entrevistador: Aquí. [Abre la cámara por la parte de atrás].

Norman: Me gustan las cámaras. ¿Estás listo? [Chasquea el obturador y luego corre al micrófono montado en la pared, lo dobla hacia abajo y grita en él] ¿Estás listo?

Entrevistador: [Trata de distraer a Norman del micrófono]. La cámara no tiene película. ¿Te gusta dibujar? ¿Te gusta hacer dibujos?

Norman: ¿No tiene película? Bueno, busquemos un poco de película.

Entrevistador: Bueno, ahora no podemos hacerlo. Podríamos conseguir algo de película en otro momento. Por favor, deja el micrófono. Veamos qué hay aquí.

Norman: Podemos hablar en éste. ¿Estás listo? [Grita en el micrófono]. Voy a regresar a mi clase ahora.

Entrevistador: Bueno, yo sólo quería jugar contigo un ratito. Mira todas estas cosas. [Vierte el contenedor de juguetes en el piso].

*La **tendencia a la distracción** de Norman se manifiesta en su atracción por el equipo de grabación. Se resiste a interactuar de manera directa con el entrevistador y en repetidas ocasiones amenaza con terminar la sesión y regresar a su salón de clase. El entrevistador sigue tratando de atraer al niño con los juguetes.*

Entrevistador: Veamos, un doctor y una enfermera. ¿Qué más tenemos aquí?

Norman: ¿Por qué están tan enojados?

Entrevistador: ¿Están enojados?

Norman: Ajá. [Murmura algo].

Entrevistador: Bueno, regresaremos en unos minutos, ¿de acuerdo? Quiero jugar contigo un ratito.

Ya son varias veces en que Norman ha dejado en claro que quiere regresar a su clase. No es raro que un niño muestre resistencia al inicio de una entrevista; algunos se paralizan por la ansiedad, mientras que otros lloran y se niegan a soltar la mano de sus padres. A veces, es necesario cierta insistencia y considerable ingenuidad para mantener al niño en el cuarto el tiempo suficiente para que empiece a participar.

*La pregunta de Norman acerca del enojo de los muñecos neutrales puede ser un indicador del **afecto**. ¿Está molesto porque la cámara no tiene película? ¿Porque no puede tocar los cables del micrófono? ¿Porque no se puede salir del cuarto de juego para regresar a su salón de clase? Antes de que el entrevistador pueda responder estas preguntas, Norman cambia el tema a otra dirección más.*

Norman: ¿Qué es esto?

Entrevistador: Ah, es una de esas cosas que usan los doctores. ¿Cómo le dices tú?

Norman: Aguja. ¿Por qué las personas tienen que recibir una inyección?

Entrevistador: Porque están enfermas. Norman, ¿a ti te han inyectado alguna vez?

Norman: ¿Estás listo? [Apaga la luz].

Entrevistador: No, deja prendida la luz. ¿Puedes prenderla otra vez? ¿Puedes prenderla otra vez, por favor?

Norman: No, no necesitamos luz.

Entrevistador: Sí, necesitamos la luz. [Con firmeza]. Por favor, ¡prende otra vez la luz! Gracias.

Las preguntas acerca de las intervenciones médicas no logran despertar el interés de Norman, quien las rehúye y empieza a prender y apagar la luz. A pesar del objetivo de permitir al niño comportarse con una relativamente amplia libertad como medida diagnóstica, con frecuencia sucede que se deben establecer límites con firmeza, incluso hasta el punto de contener físicamente a un niño que pega o daña los muebles o el equipo.

Entrevistador: [Se dirige a los muñecos]. Están enfermos. Tienes que ponerles una inyección. ¿De acuerdo? ¿Quieres hacerlo? ¿Quieres ser el doctor? Espero que no llore. No llores, niño, porque estás enfermo. ¿Dónde se la pongo? ¿En el brazo?

Norman: Voy a tomar su foto.

Entrevistador: Ah, ¿vas a tomar una foto?

Norman: Sí. ¿Ves?

Entrevistador: ¡Toma otra! Mejor le quito la ropa.

Norman: ¿Está enfermo?

Entrevistador: Tengo que encontrarle el brazo. ¿Dónde...

Norman: ¿Cómo sabes que está enfermo?

Entrevistador: No lo sé. Hagamos una historia. ¿Qué tiene? [Para este momento, el entrevistador casi está por completo acostado en el piso tratando de hacer participar al niño].

El entrevistado otra vez sugiere “enfermedad” tratando de que Norman diga de qué enfermedad se trata para juzgar su capacidad de empatía. Sin embargo, observa que, al entrevistar a un niño impulsivo, es importante evitar una ubicación física que pueda limitar tu capacidad para evitar que el niño salga de pronto del cuarto.

Norman: No sé. [Toma un Transformer (véase capítulo 2) que manipula con distintas identidades].

Entrevistador: ¿Norman, qué es eso?

Norman: ¿Qué es eso? No sé. ¿Qué es? ¿Cómo funciona?

Entrevistador: ¿Puedes hacer que cambie de forma?

Norman: Claro.

Entrevistador: Ah, eres bueno, Norman. ¿Sabes cómo funciona eso?

Norman: Sé cómo funciona.

Entrevistador: ¡Genial! ¿Puedes mostrarme?

[Norman lo hace, y sigue jugando con el Transformer].

*Parte de los recursos de un entrevistador experimentado es permitir al niño que muestre lo que sabe hacer con algún instrumento del equipo; esto promueve la sensación de dominio y potencia el yo del niño. Esta técnica también funciona bien cuando el niño trae un objeto que ejemplifica un principio científico o un evento histórico que el entrevistador puede “enseñar.” Después de **responder a los elogios**, por primera vez Norman empieza a responder preguntas mientras cambia de forma una y otra vez al Transformer.*

Entrevistador: Norman, ¿cómo te sientes hoy?

Norman: Mmm, bien.

Entrevistador: ¿Estás feliz?

Norman: Claro.

Entrevistador: Bien. ¿Te sientes triste?

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Te sientes triste hoy?

Norman: No me siento triste hoy. Me siento feliz, porque ...

Entrevistador: ¿Porque qué? ¿Porque estás aquí?

El entrevistador tiene la sospecha de que Norman puede no sentirse complacido de participar en la entrevista, así que trata de provocar una reacción negativa, pero se sorprende de obtener una reacción positiva.

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Querías venir aquí ayer?

Norman: Sí.

Entrevistador: ¡Sí! Oye, lo estás haciendo muy bien con ese Transformer [Después de una larga conversación acerca del Transformer, haciendo muchos elogios, el entrevistador intenta llamar la atención de Norman en otras figuras humanas más significativas –figuras de muñecas en la casita– pero otra vez es rechazado. En última instancia, unas tijeras y una hoja de papel cambian la situación].

Entrevistador: ¿Sabes cómo cortar con estas tijeras? Iba a hacer una figura.

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Sabes de Mario Bros?

Norman: ¿Eso es lo que estás haciendo? ¿Ese es Mario?

Entrevistador: Sí.

Norman: ¿Cuáles son sus piernas?

Entrevistador: ¿Cómo se llama su compañero? Ah, ¿recuerdas cómo se llama? ¿Su compañero? También lo haré. [Crea una figura en una hoja de papel doblada con las tijeras, y se la muestra a Norman. En los siguientes minutos, su juego se centra en varios personajes de Nintendo: Mario, Luigi y La Princesa].

Los profesionales de la salud mental infantil deben estar actualizados en los juegos populares, música y héroes para niños.

Entrevistador: ¿Qué piensas?

Norman: No sé. ¿Es feliz?

Entrevistador: Está un poco enojado.

El entrevistador intenta acercarse a los sentimientos de Norman.

Norman: ¿Por qué?

Entrevistador: No sé. Alguien no está haciendo lo que él quiere.

Norman: ¿Por qué?

Entrevistador: Y ellos no quieren jugar con él.

Norman: ¿No quieren jugar con él?

Entrevistador: Así es. Pero la princesa ahora quiere jugar con él. [Recorta la princesa de la hoja de papel, mientras Norman sigue jugando con el Transformer. Pero Norman ya está interesado en el tema del juego]. Ésta es una Princesa muy elegante.

Norman: ¿Ella está feliz?

Entrevistador: Sí, pero Mario y su hermano, Cuomo. Creo que Cuomo es el nombre de su hermano.

Norman: Creo que es Luigi.

Entrevistador: ¡Luigi! ¡Ése es su nombre, no Cuomo!

Norman: Sí, Luigi.

Entrevistador: Qué buena memoria tienes, Norman. Mario y Luigi no van a jugar con la Princesa. ¿En qué nivel está encerrada ella?

Norman: En el nivel del Dragón.

Entrevistador: Sí, en el nivel del Dragón. Y ...

Norman: ¿Por qué está encerrada en el nivel del Dragón?

Entrevistador: Ah, porque alguien malvado la raptó.

El entrevistador propone el tema del bien y el mal, del enojo y de la separación y la reunión. Por fin, Norman participa activamente en el guión. Conoce bien las

figuras de Nintendo.

Norman: ¿Sí?

Entrevistador: Y la encerró.

Norman: Sí.

Entrevistador: Y Mario y Cuomo, ¿o cómo se llama?

Norman: Luigi.

Entrevistador: Mario y Luigi tienen que rescatarla. Pero hay muchos enemigos en el camino. ¿Cierto?

Norman: Cierto.

Entrevistador: Creo que todas esas cosas tratan de bajar, dispararles y bombardearlos. ¿Puedes ayudarlos a sacar a la princesa?

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Y salvarla? Tú, recórtala. Yo no puedo.

Norman: Tú puedes hacerlo.

Entrevistador: No puedo. Recorté chueco. Hazlo tú. Sólo haz este lado.

Norman: Lo intentaré.

Entrevistador: Trata de salvarla. [Por fin, Norman toma las tijeras y empieza a recortar el papel]. Sí, recortas muy bien. ¡La princesa está muy bien! [Pone la Princesa recortada en la casita de muñecas. Norman gatea alrededor de la casita y se pone de pie. Cada uno toma un muñeco].

Por fin, el entrevistador logra que Norman participe en un juego no estructurado, de fantasía. Ahora, Norman propone un tema.

Norman: ¡Sí! Yo seré el niño.

Entrevistador: Tú eres el niño. ¿Y yo qué seré?

Norman: El maestro. ¡Hora de levantarse para ir a la escuela!

Entrevistador: ¿Cómo se llama el niño?

Norman: Johnny. ¡Pero hay algo volando en el cielo!

Entrevistador: ¿Qué es? ¿Qué es, Johnny? ¿Qué está volando?

Norman: Una nave espacial [Reintroduce el Transformer en el juego, observando desde las alturas].

Entrevistador: ¡Ah! ¿Es amigo?

Norman: Sí.

Entrevistador: Ah, qué bien. Entonces, puede venir a nuestra casa. [Empieza a hablar simulando la voz de la madre. Norman participa activamente en el juego con la casita de muñecas].

Norman: ¿Cómo se llama el hombre del espacio?

Entrevistador: Zorro.

Norman: Soy un lindo robot. [Habla con voz mecánica, de hombre del espacio].

Entrevistador: Gracias por venir a nuestra casa. ¿Trajiste algo del espacio exterior, Zorro?

Norman: Claro. Un auto de carreras.

Entrevistador: ¿Un auto de carreras?

Norman: Exacto.

Entrevistador: ¿Qué pasa, Zorro?

Norman: Algo me ocurrió.

Entrevistador: ¿Estás averiado?

Norman: ¿Averiado? Me estoy convirtiendo en una nave espacial.

Entrevistador: Ah.

Norman: Lo voy a convertir en una nave espacial. Tú puedes ayudarme.

Entrevistador: Lo intentaré. ¿Quieres que haga un cohete como ese?

Norman: ¿Puedes arreglarlo?

Entrevistador: Lo intentaré. Tú sabes, esto es muy difícil de hacer para mí. Tú eres bueno en eso, yo no sé exactamente cómo hacerlo. Esto va justo aquí, ¿verdad?

*Aunque ahora Norman está metido en el juego, la manipulación mecánica del Transformer, de una manera inadecuada para su edad, domina su interés. Sus respuestas verbales, por lo general, se limitan a oraciones breves y sencillas; es claro que su **capacidad para comunicarse** está restringida. Vale la pena señalar que, por primera vez, ha pedido ayuda. Sin embargo, con el tiempo agotándose, el entrevistador intenta obtener información. Norman corresponde a este intento cooperando (aunque de manera limitada).*

Entrevistador: ¿Recuerdas mi nombre?

Norman: Claro. Eres el Dr. S. [Vuelve a poner el Transformer en su forma de cohete].

Dos actividades simultáneas tienen lugar mientras el entrevistador intenta persuadir a Norman de que coopere en las pruebas de habilidades cognitivas y motrices.

Entrevistador: ¿Recuerdas al Dr. C.?

Norman: Claro, lo recuerdo. ¿Y tú? Tengo que irme ya. Me voy al espacio. Adiós.

Entrevistador: Ah, por favor, no te vayas. Regresa.

Norman: Regresaré; lo prometo. Después de la sopa.

Entrevistador: [Al muñeco] Johnny, Zorro se fue. Ahora es hora de ir a la escuela en el autobús escolar.

Norman: Tengo que volver ahora.

Entrevistador: Ah, voy a extrañarte ¿Vas a regresar al espacio exterior?

Norman: Ya estamos ahí.

Entrevistador: Ah, Johnny, vamos a extrañar mucho a Zorro. [Norman está volando la nave espacial por el cuarto, pero está jugando activamente con el entrevistador].

El tema de marcharse y reunirse sigue destacando. Norman ha tomado el elemento mencionado por el entrevistador de que el tiempo de la sesión está llegando a su fin.

Entrevistador: Regresaste. ¿Regresaste del espacio exterior?

Norman: Sip.

Entrevistador: ¡Hurra! ¡Zorro regresó!

Norman: ¿Puedo irme otra vez?

Entrevistador: ¿Irte a dónde?

Norman: A mi clase.

Entrevistador: Está bien. ¿Puedes hacer algo por mí? ¿Sabes cómo saltar? ¿Puedes saltar esto?

Norman: No.

Entrevistador: Inténtalo.

Norman: No. Sólo quiero irme. [Empieza a volar el Transformer de vuelta al espacio].

Entrevistador: Sólo inténtalo por mí. Te mostraré. [Hace a un lado los materiales, luego se sube al primer escalón de la escaladora y salta hacia abajo].

*En ésta y en las siguientes pruebas, el **desarrollo y la coordinación** de Norman parece corresponder a un niño uno o dos años menor de su edad cronológica, 7 años.*

Norman: Está bien.

Entrevistador: Ah, pero tú vas a hacerlo desde el último escalón. Vamos, amigo, eres un buen saltador. De acuerdo, espera un minuto. Haz esto. ¿Puedes brincar en un solo pie, así?

Norman: Lo haré desde aquí arriba.

Entrevistador: No, sólo hazlo aquí abajo. Bien. Ahora con el otro pie.

Norman: Ah, no puedo hacerlo con el otro.

Entrevistador: ¿Ah, no puedes?

Norman: Si salto con ese pie [señalando el izquierdo], ¿puedo agarrarme de algo?

Entrevistador: Aquí, agárrate de mí. Está bien, ¿puedes atrapar la pelota? Ahí te va. Deja un momento el Transformer. Ahora avientámela a mí.

Norman: [No atrapa la pelota y la levanta].

Entrevistador: Bien. Inténtalo otra vez. La atrapaste. hazlo otra vez. Ahí va otra. Bien, sabes atrapar muy bien. Y también lanzar. Una vez más.

Norman: [Se le cae]. Ya terminamos.

Entrevistador: Está bien. Terminamos. ¿Sabes qué voy a hacer, Norman?

Norman: ¿Qué?

Entrevistador: Voy a buscar algo de película, voy a traer mi cámara y a dejarte tomar unas fotos. Pero tenemos que detenernos ahora.

Norman: Sí.

Entrevistador: ¿Está bien? Veamos qué está haciendo tu clase.

Norman: No, quiero quedarme aquí.

Entrevistador: Ahora, no. Tenemos que terminar.

Norman: No podemos terminar ahora, porque estamos jugando.

Entrevistador: Lo sé, pero tenemos que terminar ahora, porque ya no tenemos más tiempo, pero hiciste un buen trabajo.

Norman: No, no, no.

Entrevistador: Vamos.

Norman: Suéltame.

Entrevistador: Gracias por venir. [Sale, con Norman en su espalda].

*En el espacio de una hora, el entrevistador ha logrado atrapar el interés de un Norman renuente hasta el punto de que ahora quiere quedarse y jugar. Todos los problemas que presenta Norman son evidentes en esta entrevista de juego: ansiedad, tendencia a la distracción, dificultad para interesarse en los juguetes o en el entrevistador, interrupción excesiva de la sesión y preocupación por los juguetes mecánicos, más que por las figuras de animales o humanos. No fue posible observar la **tolerancia a la frustración** de Norman, aunque la del entrevistador es excelente.*



Capítulo 7

Entrevista con una niña de 9 años

Julia llega a evaluación, porque su madre siente que tiene muy pocos amigos y pasa mucho tiempo sola y soñando despierta. Es una niña brillante, madura para su edad, y responde con facilidad todas las preguntas que se le hacen. Participan dos entrevistadores –un estudiante de posgrado, que usa los dibujos para facilitar la entrevista de pregunta-respuesta, y un académico del cuerpo colegiado, quien continúa la entrevista empleando técnicas de juego. Los niños de 9 años de edad están en el límite entre usar técnicas de juego o preguntas directas. Esta entrevista muestra que un niño de su edad aún disfruta del juego y que puede compartir sus fantasías mediante él.

Aprendiz: Hola, mi nombre es Dale. Me gustaría conocerte un poco. ¿Te molesta platicar conmigo?

Julia: No.

La mayoría de los entrevistadores suele hablar más de sí mismos y dar algunas ideas sobre el propósito de la entrevista. Hay cierta controversia respecto de usar el nombre principal o el apellido. A los maestros en la escuela casi nunca se les dice por su nombre de pila; lo mismo ocurre con los pediatras y los médicos familiares. Tal vez no hay una manera correcta o incorrecta, pero este aprendiz podría haber dicho, “Yo soy el [Dr., Sr.] Smith, pero tal vez sea más fácil para ti llamarme por mi nombre, Dale. ¿Te dijeron por qué estás aquí el día de hoy?”

[El aprendiz y Julia están sentados en el piso entre suaves almohadas y juguetes. La entrevista continúa unos minutos más, en los que el aprendiz hace una gran cantidad de preguntas, casi todas cerradas. En las breves respuestas que ella no amplifica, Julia revela que tiene 9 años de edad, está en tercer grado de la escuela y lo que más le gusta de la escuela es el recreo, aunque no sabe decir por qué. Tiene amigas (pero no de su clase), y dos hermanos, uno mayor y otro menor que ella. Por último, el aprendiz pregunta si a Julia le gusta dibujar. Asiente con la cabeza para decir “sí,” por lo cual él le ofrece una hoja de papel y marcadores].

Aprendiz: ¿Por qué no haces un dibujo de tu familia?

[Mientras Julia dibuja, el aprendiz sigue haciendo preguntas: si tiene su propio

cuarto, de qué color está pintado y si tiene privacidad ahí. Las respuestas de Julia, en su mayoría de una sola palabra, revelan que su hermano mayor no juega con ella, pero la molesta mucho. Se siente más cerca de su hermano menor; sin embargo, pasa mucho tiempo en su cuarto escuchando su reproductor de música. Su familia llegó a vivir a esta área apenas el año pasado].

Aprendiz: ¿Te mudaste por el trabajo de tus papás?

Julia: El de papá.

Aprendiz: ¿Has tenido problemas haciendo amigos aquí?

Julia: No, tengo mejores amigos aquí.

Aprendiz: ¿Cómo sucedió eso?

Julia: No sé. Sólo sucedió.

Aprendiz: ¿Cómo te va en la escuela?

[Julia afirma que va a la escuela. De sus respuestas a las siguientes preguntas, se deduce que prefiere esta escuela porque es menos estructurada. Antes iba a una escuela privada donde los maestros eran estrictos y los niños se portaban bien. Hay cierta confusión: ella no reconoce exactamente que los niños de su escuela actual se porten mal, pero expresa cierta preocupación por las interrupciones y la falta de control de los maestros en la escuela nueva. También revela que su madre está en casa después de la escuela, y que ella tiene menos amigas para jugar que en su antigua casa].

La fuerte concentración de Julia en los dibujos la ayuda a evitar decir respuestas más completas a las preguntas. Con frecuencia, es mejor dejar que el niño termine el dibujo antes de pasar a la entrevista –principio que se aplica a todo tipo de juego. Cuando un clínico y un niño realizan una actividad de juego, eso debe ser el centro de atención del terapeuta, al igual que lo es del niño. El clínico debe estar metido cien por ciento en el juego. Si se requiere información más específica, el clínico puede decir, “Vamos a dejar de jugar ahora, para que yo pueda hacerte unas preguntas”. Como puente entre dos temas en una entrevista con adultos, esta intervención se enfoca en la atención mutua de la siguiente cuestión.

Aunque, por lo general, se debe evitar jugar y preguntar al mismo tiempo, este principio tiene sus excepciones. A veces un niño puede responder preguntas con mayor confiabilidad y sentirse relajado y cómodo con una distracción sin importancia: como jugar con un Transformer.

Instructor: Hola. ¿Puedo unirme a ustedes? ¿Estás trabajando en un dibujo de tu familia? [Julia asiente]. Veamos, ¿quién es éste? ¿Y éste? [Julia escribe los nombres sobre las figuras iluminadas con colores brillantes de su madre, su padre y sus dos hermanos].

El instructor, que ha estado observando a corta distancia, se une a los dos en el piso y dirige la atención a los dibujos. Como debe hacer el entrevistador con todos los dibujos de los niños, el instructor nota los colores, tamaños y formas de los objetos, así como su ubicación en la página. Los dibujos se pueden usar para evaluar los niveles de habilidad de acuerdo con la edad, pero, aún más importante, se usan como técnica proyectiva para obtener material temático.

Instructor: ¿Tu hermano mayor realmente es tan alto? Se ve casi de la estatura de tu papá.

Julia: No, en realidad no es tan alto.

Instructor: Dijiste que te cambiaste de otra escuela a ésta. [Julia asiente]. ¿Qué te parece esta escuela?

Julia: Algunas cosas son buenas, y otras cosas son malas. [Deja de dibujar].

Instructor: Plátame más de eso.

Ésta es una pregunta exploratoria, abierta. Una vez que el instructor empieza a hacer preguntas, Julia deja de dibujar. Ella trata de complacer al entrevistador respondiendo con más detalles, pero la conversación sigue siendo poco productiva.

Julia: Bueno, aquí hay mejores estructuras para escalar, y no hay bichos u hormigas aquí.

Instructor: ¿Los bichos te ponen nerviosa? [Julia niega con la cabeza]. ¿Qué hay de malo con las hormigas?

Julia: Me dan comezón.

Instructor: ¿Y qué hay con los niños?

Julia: Hay algunos niños de verdad malos en la escuela. Además, cuando llueve, el agua se mete al salón.

Instructor: ¿Tienes que usar un impermeable y botas en el salón de clases? [En este feliz intento de hacer una broma, provoca una sonrisa en Julia, quien niega con la cabeza] ¿Qué pasaba en tu antigua escuela si algún niño era malo?

Julia: Bueno, el maestro llamaba a los padres y les decía que tenían que detenerse, y los niños ya no seguían siendo malos.

Instructor: ¿Y aquí qué pasa?

Julia: ¿No hay niños malos aquí?

Julia se niega a participar en un diálogo emocionalmente cargado y potencialmente triste. Las preguntas más específicas sólo logran que sus defensas aumenten. El instructor toma la pista y en el siguiente intercambio, cambia el

tema y se entera de que la mudanza de su familia del año pasado puede ser la fuente del problema actual de Julia. Obtener el nombre de su mejor amiga en la antigua escuela y saber que no ha tenido contacto con sus antiguos amigos, apoya esta hipótesis.

Instructor: Mencionaste que tenías una mejor amiga en tu antigua escuela. ¿Cómo se llama?

Julia: Erin.

Instructor: ¿Las has visitado desde que mudaste acá? [Julia niega con la cabeza] ¿Le has escrito o la has llamado? [Niega otra vez] ¿No las has llamado? ¿Por qué?

Julia: Bueno, intenté llamarla una vez, pero ella no me volvió a llamar. Y le escribí cinco cartas, pero ella nunca me contestó.

Instructor: ¿Qué crees que haya pasado?

Julia: [Desanimada]. Ella no conoce mi dirección.

Instructor: Qué pena. Tal vez se pueda hacer algo para ayudarlas a reunirse.

El instructor intenta ser de utilidad, sin creer realmente que su mejor amiga no pudiera contactar a Julia si en verdad lo hubiera querido. Esta afirmación tiene que ser explorada. Mostrándose calidez y planteando la posibilidad de ayuda en el futuro, el instructor trata de establecer una alianza terapéutica positiva.

Instructor: [Toma un títere de mano]. ¿Quieres jugar con mis juguetes? Aquí tengo unos títeres. Hola, soy una araña amigable. ¿Quieres ser mi amiga?

[Julia elige una tortuga, y con entusiasmo se dirige hacia los títeres. Adoptando una voz distinta de la normal en el juego de la araña, el instructor se acerca a la tortuga saludándola ondeando unos de los muchos brazos de la araña].

Instructor: Señorita tortuga, voy a mudarme de aquí y quería venir para decirle adiós. Te voy a extrañar mucho. ¿Me vas a escribir cartas? No quiero irme de aquí. ¿Prometes que seguirás siendo mi amiga?

El instructor establece el tono de la interacción para dar seguimiento al tema anterior de la conversación. En el juego de fantasía, es importante tomar toda la distancia posible respecto de la fuente del trauma sin perder de vista la cuestión medular. Los juguetes, en especial los títeres, los muñecos y las figuras de la familia o de animales, son los estímulos ideales para generar material imaginario. Simular voces ayuda a tomar distancia; las bromas juguetonas, infantiles a menudo rompen el hielo. Sin embargo, cuando el contenido del juego se vuelve serio, también el clínico debe ponerse serio. Los niños merecen respeto,

igual que los adultos, cuando expresan material doloroso.

Julia: [También simulando otra voz] ¿Cómo te llamas?

Instructor: Me llamo Señora Araña.

Julia: Bien. No olvidaré tu nombre. Adiós, yo también te voy a extrañar.

Instructor: ¿Podría darte un besito de despedida?

Julia: No, un beso no. Puedes darme la mano. Adiós, adiós.

La Sra. Araña ha intentado de dar un beso de despedida a la Sra. Tortuga, pero incluso en el juego Julia define con claridad sus límites: besos no, sólo un apretón de manos amistoso.

Instructor: Oiga, Sra. Tortuga, ¿por qué no me ha escrito? Ya hace un mes que se fue y no he recibido ninguna carta suya, y eso me pone triste. [La Sra. Tortuga de inmediato le da a la Sra. Araña el dibujo que ha estado haciendo]. Ah, me has enviado una carta. Qué dibujo tan bonito. Ésta es tu familia. Me gusta. ¿Puedes escribir otra vez? [La Sra. Tortuga de inmediato dibuja una salida de sol y se la da a la Sra. Araña].

Esta respuesta positiva inmediata sugiere que Julia quiere cerrar definitivamente la puerta de los dolorosos sentimientos de separación. Incluso en el juego, es evidente la necesidad de Julia negar las experiencias dolorosas. El instructor respeta las defensas de Julia y evita hacer interpretaciones prematuras.

Instructor: Sra. Tortuga, no me gusta mi nueva casa. ¿Puedo regresar y visitarte en nuestro antiguo vecindario?

Julia: Está bien.

Instructor: Es tan agradable estar de regreso aquí. Ni siquiera quiero ir a mi nueva casa otra vez. ¿Escribirías una carta a mis padres por mí para decirles que no quiero regresar?

Utilizando la intuición clínica, el instructor intenta abordar el tema de la separación. Aunque ahora el instructor está dirigiendo la mayor parte de la escena y proponiendo los temas, una vez que Julia empieza a tomar la iniciativa, el instructor empieza a seguirla.

Julia: [Empieza a escribir, pero luego toma un títere de cocodrilo de la bolsa de juguetes y habla con voz ronca]. Tienes que venir a casa.

Instructor: ¿Quién eres tú, Cocodrilo?

Julia: Soy tu papá.

Instructor: Hola, Papá. ¿Me puedo quedar con mi amiga, la Sra. Tortuga, un par de meses?

Julia: No, tienes que regresar a casa de inmediato.

Instructor: No, no iré. Odio mi nueva casa.

Julia: Bueno, tienes que ir a casa ahora mismo.

Instructor: No. [A la Sra. Tortuga] Escóndete debajo de la cama.

Aunque Julia ha tomado el control al introducir al Papá en el juego y dándole el papel que tuvo en la vida real (forzando a la familia a mudarse), el instructor intenta explorar en profundidad los sentimientos de Julia en relación con el cambio de casa mostrando una marcada resistencia a regresar a su nueva casa (hasta el punto de esconderse de Papá).

[Ahora empieza una secuencia de persecución en la que el cocodrilo persigue a la Sra. Araña por toda la casa. Por último, el cocodrilo toma a la Sra. Araña en el hocico y se la lleva].

Instructor: Tengo hambre. ¿Tienes algo de comer?

Julia: [Toma el títere de Conejito]. ¿Te gustaría ir de día de campo?

Instructor: ¿Quién eres tú, Conejito?

Los niños pueden jugar-actuar (y seguir siendo francos) múltiples papeles. A veces, el entrevistador también tiene que representar más de un papel. Es adecuado que el entrevistador interrumpa el juego de vez en cuando, si surge confusión, hablando con su voz natural de adulto para pedir al niño que aclare la situación: “Espera un minuto. Pensé que yo era la niña. ¿Quién eres tú en este momento?” La principal tarea del entrevistador es entrar en contacto con su “niño interno” y dejarlo jugar con el paciente, al mismo tiempo que observa la interacción desde la perspectiva del adulto. Éstos son dos papeles que todos los terapeutas de niños tienen que tomar en consideración al mismo tiempo.

Julia: Yo soy la mamá. ¿Quieres ir de día de campo?

Instructor: Ah, claro. Gracias, Mamá.

Julia: Tenemos que hacer muchos sándwiches.

Instructor: Me encanta la mantequilla de cacahuate. ¿Y podemos traer malvaviscos?

Julia: ¡Claro!

Instructor: ¡Eeeeh, me encantan los días de campo!; sólo espero que no nos encontremos hormigas esta vez. No me gustan las hormigas.

Julia: A veces, no puedes evitar que vengan las arañas.

El instructor reacciona positivamente a la idea del día de campo, pero establece el tono para un pequeño problema. Al principio de la entrevista, Julia afirmó que a ella no le gusta su nueva escuela, por los “bichos y las arañas.” Al introducir el

concepto abstracto de las hormigas en el día de campo, el entrevistador tiende un puente para aprender qué puede estar mal con la escuela. En otras palabras, el día de campo se convierte en una metáfora de su nueva escuela. Parece que Julia entiende la analogía de las hormigas.

Instructor: [Empieza a volar un helicóptero de juguete y continúa con el juego]. El helicóptero de hormigas está llegando con hormigas.

Julia: [Empieza a poblar el área del día de campo con juguetes y propone el tema del juego].

Instructor: ¿Quiénes son éstos? ¿Ellos van a estar en el día de campo?

Julia: Éstos son mi mamá, mi papá y mi hermano. Ellos pueden venir al día de campo.

Instructor: Traigo más hormigas. [Vuela el helicóptero por el lugar regando hormigas por todos lados. Julia parece estar divirtiéndose; con decisión las barre del lugar]. No puedes echarlas lo suficientemente rápido. Te va a dar más y más comezón. Se van a meter en el día de campo. [Julia agarra un dinosaurio y lo acerca]. Ah, aquí llegan los dinosaurios. Me voy de aquí. Adiós. [El helicóptero se aleja]. Vete, Dinosaurio. Está bien, me atrapaste. Ya no traeré más hormigas. ¡Viva, el dinosaurio salvó el día! Ahora podemos jugar todos y tener un día de campo maravilloso. ¿El dinosaurio va a comer malvaviscos?

Antes, Julia había descrito su respuesta a las hormigas como “Me dan comezón.” ¿Es ésta la metáfora de Julia de su estrés y dolor? Julia resolvió el problema de la “comezón” incorporando al juego a una fuerza poderosa que ahuyenta el problema. Ahora también revela parte de sus necesidades más grandes.

Julia: Ya que me deshice de las hormigas, ahora voy a comer toda la comida.

Instructor: Ah, eres un poco goloso, ¿no, Sr. Dinosaurio? Voy a tener que luchar contigo y traer más hormigas. Zzzzzzzzzz. [Regresa con el helicóptero y riega hormigas sobre el dinosaurio]. Esto es lo que te has ganado por comer toda la comida y no dejar nada para los demás.

Aquí, el instructor comete un error al confrontar la defensa de Julia directamente e catalogar su hambre y necesidad como glotonería. Para hacer frente a esta mala interpretación, Julia ubica la fuente de su dificultad en su padre.

Julia: Yo soy el papá. [Deja al dinosaurio y toma el muñeco del padre].

Instructor: [Con rapidez, deja el papel de piloto de helicóptero y transportador de hormigas y toma de de niño hambriento]. Tengo hambre. ¿Puedo comer un malvavisco?

Julia: No, no puedes.

Instructor: Pero yo también quiero unos malvaviscos. Por favor, Papá, ¿puedo

comerme un malvavisco?

Julia: No, cariño, es demasiada azúcar para ti.

Instructor: Ah, vamos, Papá. ¡No seas tan quisquilloso!

Julia: Puedes comer un *hot dog*.

Instructor: No quiero un *hot dog*. Quiero malvaviscos, Papá. ¡Por favor!

Julia: Pues no puedes.

Para este momento, hay algunos indicios de que una de las fuentes de estrés en casa puede ser las peleas en torno a los límites. Otra vez, el papá es descrito como estricto e inflexible.

Instructor: Pues aquí viene el gran pájaro. ¿Crees que te vas a llevar los malvaviscos, señor? ¡De ningún modo!

Julia: ¡Ah, sí! [Consigue la ayuda de otra figura de animal-monstruo].

Instructor: De ningún modo, ¡es mío! [Empiezan a pelear por el malvavisco] ¡Ups! ¿Quién es ese? ¿Tú eres el monstruo? ¿Quién eres?

Julia: Soy la madre, y les digo que no peleen ustedes dos.

Instructor: Está bien, Mamá, tú mandas. [Luego, con su voz normal de adulto] Creo que el tiempo se terminó y tendremos que dejar de jugar por hoy. Gracias por venir.

Al final de esta secuencia, la madre ha restablecido la paz. Tal vez éste es el papel usual en su casa. Cuando la hora termina, el clínico con frecuencia tiene que terminar la sesión de manera abrupta. Es bueno sugerir que el juego puede continuar la próxima vez (si así es, deben estar disponibles los mismos juguetes y escenarios). Si el niño está dibujando, es importante que el clínico conserve sus producciones para la siguiente visita. En una relación terapéutica que marcha bien, los temas del juego continúan por muchas sesiones.

Para evitar las transiciones súbitas, el clínico debe manejar el tiempo para preparar el final de la sesión. Eso proporciona información sobre las reacciones del niño frente al establecimiento de límites, y a la experiencia de tener que decir adiós, “Adiós, hasta la próxima vez”.



Capítulo 8

Entrevista con el adolescente

Es una verdad decir que el adolescente no es ni un adulto pequeño ni un niño grande. En este periodo, los juguetes y los juegos, por lo regular, ya no son útiles en una situación de entrevista. Sin embargo, un juego inicial de damas o ajedrez ayuda a algunos adolescentes tempranos a empezar. Un refrigerio o una bebida también ayudan a facilitar el diálogo (recordar pedir primero el permiso de los padres).

Dependiendo del nivel de madurez del paciente, la mayor parte de las técnicas de entrevista que se usan con adultos se pueden aplicar en la entrevista con adolescentes. Sin importar la edad, el informante ayuda a establecer el contexto de un paciente hospitalizado. Sin embargo, al igual que con el paciente adulto ambulatorio, un paciente adolescente, regularmente, se entrevista antes de obtener información de los padres. En cierto punto, tal vez se busque dar seguimiento a la entrevista individual del adolescente y los padres mediante una sesión familiar para saber cómo es la interacción de la familia.

Como se podrá observar, en la entrevista que se presenta en este capítulo, el clínico dedica mucho tiempo a tratar de establecer el *rapport*. Esto no es usual con pacientes adolescentes, que a menudo desarrollan confianza en el clínico más lentamente que los adultos o los niños pequeños. En lo que aparece a continuación, se han resumido algunos pasajes del diálogo.

Esta entrevista tiene lugar en una unidad de pacientes adolescentes internos. (Es seguro suponer que, en este caso, no es el paciente quien solicita la evaluación –cuestión que se tiene que aclarar desde el principio de toda entrevista a adolescentes). El entrevistador nunca había visto antes al paciente ni tiene el beneficio de su historia previa). Casey viste de manera un poco descuidada con jeans anchos, sudadera y gorra de beisbol con la visera hacia atrás. Se sienta en su silla sin hacer nada y pone la menor atención posible al entrevistador.

Entrevistador: Hola, soy el señor W. Quiero agradecerte por aceptar esta entrevista el día de hoy. ¿El doctor te dijo por qué quería reunirme contigo?

Esta introducción más bien formal parece ajena a algunos clínicos que trabajan con adolescentes. Se considera importante encontrar un punto medio entre la formalidad excesiva y la familiaridad inapropiada. Los adolescentes necesitan sentir que los adultos de su mundo, tienen la madurez y experiencia para manejar

sus problemas, y para garantizar su seguridad. Una actitud seductora, informalidad excesiva o intentos (casi siempre infructuosos) de vestirse o hablar como adolescente pueden repeler al paciente por reflejar condescendencia o falta de compromiso.

Casey: Sí...

Entrevistador: ¿Y a qué se debió eso?

Casey: No lo recuerdo.

Entrevistador: Bien, de acuerdo. Déjame tratar de explicar. Yo trabajo con el Dr. Z y me gustaría conocerte un poco mejor para poder ayudar a que el Dr. Z. comprenda mejor tus problemas. ¿Te parece bien?

Casey: [Pausa larga] Claro...

Entrevistador: ¿Podrías decirme por qué llegaste aquí?

Casey: No lo sé. [Silencio].

Entrevistador: ¿Qué clase de problemas tienes?

Casey: Nada...

Entrevistador: Suena como si no tuvieras ganas de hablar.

Casey: [Silencio prolongado].

El buen intento del entrevistador de plantear preguntas abiertas ha sido consistentemente rechazado por un paciente que, en el mejor de los casos, se muestra poco interesado en la conversación. Si es posible, la entrevista ahora ha sido rescatada por preguntas cerradas y la atención cuidadosa a las oportunidades de algún tipo de relación con Casey. Primero, el entrevistador presenta algunas reglas básicas.

Entrevistador: Hablemos un poco acerca de lo que intentamos hacer aquí. Estás aquí en el hospital cuando no quieres estar, y nosotros vamos a tratar de descubrir qué hace falta para que puedas salir. El Dr. Z. ya ha oído de tus padres la razón de que estés aquí; ahora queremos oír lo que tú puedes decir. Cualquier cosa nos ayudará a sacarte de aquí con mayor rapidez. ¿Entiendes?

Casey: [Asiente con la cabeza y mira de soslayo al entrevistador]. Ajá.

Entrevistador: También necesitamos estar de acuerdo en esto: voy a tratar de ser sensible a tus sentimientos, pero tendré que hacer muchas preguntas. Si hago una que creas que no puedes responder con sinceridad, sólo pídemme que hablemos de otra cosa. Pero no inventes nada. Cualquier cosa que no sea verdad de lo que nos digas, nos confundirá. Y tú podrías estar más tiempo aquí, ¿de acuerdo?

Casey: [Asiente].

Entrevistador: Una cosa más: lo que me digas será confidencial. Esto significa que no le diré a nadie sin tu permiso. La única excepción posible, y creo que lo entenderás, es si

me doy cuenta de que estás planteando lastimarte a ti o a alguien más. En ese caso, tendría que asegurarme de que tú y los demás están protegidos, ¿de acuerdo?

Casey: Seguro.

Con estas explicaciones, el entrevistador ha destacado tres puntos importantes: 1) la filosofía de que el paciente no es todo el problema, 2) la necesidad de verdad, y 3) la necesidad de seguridad. Éstas son fundamentales en toda entrevista, sea el paciente adolescente o adulto; y tienen que repetirse más de una vez. Además, el entrevistador ha señalado la necesidad del adolescente de estar seguro de que sus posiblemente embarazosos pensamientos no serán revelados sin su consentimiento expreso.

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

Casey: Catorce.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo has estado en el hospital?

Casey: Creo que ésta es la segunda semana.

Entrevistador: ¿Y antes estuviste internado en algún otro hospital?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo?

Casey: Nueve días.

Hasta ahora, el entrevistador ha hecho preguntas sencillas que este paciente reacio puede responder con una o dos palabras. La postura del paciente, sus breves respuestas y la negativa inicial para cooperar son señales de falta de rapport.

Entrevistador: ¿Te ayudó?

Casey: No. No me gustaba. Yo pensaba que sólo era tortura.

Entrevistador: ¿Tortura?

Al repetir una palabra del paciente, el entrevistador promueve una respuesta abierta. Esta técnica es una de las más útiles para guiar la dirección de la entrevista al mismo tiempo que se promueve la expresión verbal.

Casey: Sí. Me trataban como a un criminal. Caso igual que en la correccional para menores.

Entrevistador: ¿Has estado en la correccional para menores?

Un lapsus: en vez de decir, “Dime más al respecto,” que mantendría el dialogo abierto, el entrevistador hace una pregunta de sí o no.

Casey: La he visto. Sí.

Entrevistador: ¿Desde adentro o desde afuera?

Casey: Desde adentro.

Entrevistador: Chico, ¡has visto muchas cosas! Pero hoy luces un poco triste.

El entrevistador se centra en el afecto haciendo un comentario (“Luces triste”) en vez de haciendo una pregunta (“¿Te sientes triste?”). La afirmación evita la polémica y refuerza el uso de palabras para comunicarse (sobre todo, el lenguaje adecuado para niños más pequeños).

Casey: Bueno... sí. Sólo hoy. Estoy en problemas con Cherub [otro paciente]. Ella me provoca hasta que le digo algo, y ella no se mete en ningún problema. Apenas la notan. Me refiero a que ella me habla por todos esos nombres.

Entrevistador: ¿Sientes que te están regañando?

Casey: No, es sólo que Cherub y Johnny también han hecho cosas. Él aventó mi dominó por la ventana. Yo lo vi hacerlo, y luego él me miente. Y eso me enoja.

Entrevistador: Puedo entender eso. Déjame hacerte una pregunta: ¿alguna vez habías estado en este lugar antes?

El entrevistador quiere avanzar, pero el cambio abrupto de tema no es la mejor manera para hacerlo, en especial con una pregunta de sí o no.

Casey: No.

Entrevistador: ¿Cuántas veces estuviste en la correccional de menores?

Casey: No estuve ahí.

Entrevistador: Creí que habías dicho que sí.

Casey: La vi.

Entrevistador: ¿Desde afuera?

Casey: No, estuve adentro para una audiencia por libertad condicional.

El entrevistador y el paciente están librando una batalla, poniendo a prueba la veracidad de cada uno y qué tanto merece confianza. El paciente protegiéndose, pero el entrevistador responde con otro intento de hacer preguntas abiertas.

Entrevistador: ¿Por qué estabas en libertad condicional?

Casey: Robé la casa de esta señorita un par de veces. Fui con alguien la primera vez, un tipo mayor. Tomamos algunos cigarros, un poco de licor y dinero.

Entrevistador: Ajá.

Una muestra de aliento apenas proferida mantiene la pelota en movimiento sin meterse en el camino de la cadena de ideas del paciente. Con frecuencia, los adolescentes manejan estados de ánimo negativos (enojo, ansiedad, depresión, culpa) mediante actos contrafóbicos. Los clínicos, como este entrevistador, deben ser cuidadosos al responder con aceptación sin parecer que consienten la conducta en cuestión. Al mismo tiempo, tienen que escarbar debajo de la conducta para encontrar los apuntalamientos psicológicos.

Casey: Bueno, no fue mucho. Ella vive a unas cuerdas de mí, y sólo tuvimos que entrar. La puerta trasera estaba abierta.

Entrevistador: [Espera en silencio varios segundos hasta que el paciente, sintiendo la necesidad de hablar, empieza a hablar otra vez].

Casey: Él.. él era un chico del vecindario, y sólo lo hicimos. Fue hace un par de meses, a principios del año escolar. Él robó un carro. Yo no lo robé, pero estaba en él. Ahora él está en libertad condicional. Él..

Entrevistador: ¿Y cuándo termina tu libertad condicional?

Para mantener al paciente en el centro de atención, el entrevistador interrumpe, pero usa las propias palabras del paciente para hacer la transición.

Casey: Creo que van a ser 3 años.

Entrevistador: Y desde entonces, ¿has ido con regularidad a la escuela?

Casey: Sí. A veces, faltó, pero he estado yendo. Aunque sea pura mierda.

Entrevistador: Mira, cambiemos un poco el tema. Cuéntame si ha habido alguna época en tu vida en que no te hayas metido en problemas. ¿Hubo tiempos felices en tu vida, o todo el tiempo ha estado llena de mierda?

Este entrevistador ha obtenido cierta información acerca de la relación de Casey con sus pares, tema importante en la evaluación de un adolescente. A continuación, el entrevistador trata de buscar alguna historia de experiencias familiares positivas, sin problemas. Aunque esta transición es abrupta, es anunciada (“cambiamos el tema”) para hacer saber al paciente que seguirán un rumbo distinto y que el entrevistador asume mayor control del proceso. La ligera vulgaridad puede ser un intento de usar un lenguaje con el que el paciente está familiarizado. Desde luego, es importante hablar así para que el adolescente entienda, pero un adulto que intenta imitar el lenguaje adolescente corre un fuerte riesgo de ser rechazado. A veces, los clínicos sienten que tienen que escoger entre relacionarse con el paciente adolescente como un par o sonar como un padre demasiado crítico. En realidad, casi siempre es posible encontrar un punto intermedio.

Cuando la entrevista marcha con un poco de brusquedad, como ha sucedido intermitentemente en esta entrevista, a veces los clínicos consideran cambiar a una entrevista estructurada. Aunque en algunos casos esa táctica es razonable (quizás esencial), aquí el clínico evita la tentación y, más adelante, recibe la recompensa de una entrevista relativamente suave que produce información y cierto nivel de rapport.

Casey: Deprimente, por lo que sucedió en la escuela. En realidad, fue una maestra, una maestra mala la que empezó todo esto.

Entrevistador: Ajá.

Casey: Esta maestra –fue la de primer grado– se metió conmigo, y la tuve todo el tiempo hasta el sexto grado. Era una cretina. Sacaba a tres personas de cada clase, a ella no le gustaban todas estas personas. Cada vez que ella entraba, las hacía sentarse afuera sólo porque no le caían bien. Yo era una de esas personas.

Entrevistador: ¿Así que empezó en el primer grado, y continuó a causa de esa maestra?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Y tú no pudiste romper ese hábito o hacerlos cambiar de parecer?

Varias afirmaciones de resumen verifican que el entrevistador está comprendiendo bien.

Casey: No era eso. Era la maestra. De verdad, era mala. Una vez, por accidente, rompí un lápiz, y ella se enojó mucho conmigo y me envió a la oficina. Ella dijo, “La escuela paga mucho dinero por estos lápices, y tú vas por ahí rompiéndolos. Tendrás que ir a la dirección.” Ella hizo estas cosas todo el tiempo hasta el sexto grado.

Entrevistador: ¿Y qué pasó?

Ahora la entrevista avanza bien, pero el clínico aún está preocupado por la relativa falta de material afectivo. Es bastante común que un adolescente describa todos los problemas con un origen externo. El rechazo de la responsabilidad indica una patología del carácter en un adulto, pero puede ser normal en los adolescentes.

[Casey relata más material acerca de su paso por la escuela].

Entrevistador: Cuando empezaste a pensar en la escuela, me pareció que lloraste un poco. ¿Fue una época difícil para ti?

Casey: ¿Lloré? ¿Qué quiere decir? Estoy llorando por lo que está sucediendo en ese otro cuarto. [Señala la puerta del lado, de donde se escuchan fuertes voces].

Se han revelado algunos hechos acerca de las dificultades de muchos años de Casey en la escuela, pero el rapport hasta ahora se ha desarrollado poco. Cuando el entrevistador intenta centrarse en el afecto, el paciente lo rehúye y regresa al presente.

Entrevistador: ¿Sigues pensando en Cherub?

Casey: Y en cómo sigo metiéndome en problemas por cosas que ella hizo.

Entrevistador: Es un patrón. Las personas, de alguna manera, se meten contigo, y tú te metes en problemas. ¿Por qué te pasa eso?

Aquí el entrevistador intenta hacer una interpretación en forma de pregunta. En general, estamos de acuerdo con la sabiduría convencional de que es mejor evitar las interpretaciones tempranas. Con frecuencia, están equivocadas, y aunque no lo estén pueden evitar el surgimiento de material más íntimo. Sin embargo, en este caso el paciente responde de manera positiva.

Casey: Es porque saben que me enojaré con ellas si me provocan; por eso lo hacen.

Entrevistador: ¿Tratan de provocarte?

Casey: Me meten en problemas haciendo eso.

Entrevistador: Así que cuando te enojas, ¿qué sucede? ¿les pegas?

Casey: No. Bueno, a veces, pero por lo general empiezo a maldecirlos y cosas así. Lo hice con Cherub y me metí en problemas por eso, aun cuando Cherub estaba diciendo cosas de verdad irrespetuosas como, “Ah, tú no tienes amigos”. Cosas así. Ella no se metía en problemas por eso, y yo estoy muy enojado, porque yo tuve problemas.

Entrevistador: Tuviste problemas; ella no. ¿Ella salió libre?

El entrevistador aún intenta establecer el rapport con afirmaciones y preguntas empáticas con los sentimientos del paciente de ser un chivo expiatorio. Ésta es una estrategia que puede resultar contraproducente a la larga, porque el paciente seguramente entiende en cierto nivel que contribuye en sus propias interacciones problemáticas. Sin embargo, en esta entrevista inicial, el entrevistador aún quiere obtener información confiable y útiles para hacer el diagnóstico. La información tiene que incluir no sólo los síntomas de la enfermedad y los hechos del pasado, sino también datos acerca de la capacidad de introspección y de formar relaciones terapéuticas del paciente.

Casey: Sí. Y ella logra salir hoy del programa, y casi no va a ninguno de los grupos. Yo sí voy a los grupos. No me quedo en mi cuarto y me niego a ir.

Entrevistador: ¿Y ella no tiene que hacerlo?

Casey: No.

Se han obtenido algunos hechos significativos, así como cierto grado de entendimiento del adolescente en cuanto a su mínima reflexión sobre sus problemas. La entrevista marcha con suavidad, y el paciente renuente ha revelado mucha más información de lo esperado. Para este momento, la transición a un tema diferente se ha reducido a una sola palabra, "Ahora."

Entrevistador: Ahora, ¿cómo entraste por ti mismo a este hospital?

Casey: Me enojé mucho con la escuela y escupí a una de las maestras, y me suspendieron, y mi mamá dijo, "Eso fue todo. Vas a ir al hospital."

Entrevistador: ¿Crees que te está ayudando?

Casey: La verdad, no sé. Digo que me ayuda, porque quiero salir de aquí, pero creo que ha sido sólo una tortura.

Entrevistador: ¿Tienes que tomar algún medicamento?

Casey: Tomo litio y Zoloft.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes cuando las tomas?

Casey: El litio me hace temblar mucho, y el Zoloft, no lo sé.

Entrevistador: ¿Te ayudan a controlar tu carácter?

Casey: A veces, sí, pero cuando Cherub me hace esas cosas, me vuelvo a sentir enojado.

Entrevistador: Cuando te enojas y te metes en peleas, ¿alguna vez has herido a alguien?

Casey: Sí. Pero yo no peleo a puñetazos, ni nada de eso.

Entrevistador: Dame un ejemplo de alguien que hayas lastimado.

Casey: Un niño de la escuela, le di una golpiza en la cara y lo herí bastante feo. Creo que le saqué sangre de la nariz, pero eso fue todo.

Entrevistador: ¿Tienes amigos en la escuela?

Casey: En la secundaria B yo era bastante popular, y andaba con los estudiantes populares de ahí. Luego, me pasaron a la secundaria C, y ni siquiera conozco a nadie de ahí.

Entrevistador: ¿En la secundaria C es donde están los chicos problemáticos?

Casey: No, ésa es una escuela de niños bien.

Entrevistador: ¿Es una escuela privada?

Casey: No. Pero se ve muy presumida, y la verdad no me gusta.

Entrevistador: ¿Por qué te metieron en ella?

Casey: Porque mi mamá sentía que me estaba metiendo en demasiados problemas de B.

Entrevistador: Háblame más de tu familia, de tu mamá y tu papá.

Utilizando un puente provisto por el paciente, el entrevistador pasa a otra área.

Casey: Ellos están bien, creo.

Entrevistador: ¿Trabajan?

Casey: Mi papá, sí. Es ingeniero.

Entrevistador: ¿Y tú mamá se queda en casa?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Alguna vez los has escuchado pelear?

Casey: Sí, los he escuchado, pero no pelean con mucha frecuencia.

Entrevistador: ¿Así que se llevan bastante bien?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Tienes hermanos?

Casey: Tengo una hermana.

Entrevistador: Háblame de ella.

Casey: Tiene 12 años.

Entrevistador: ¿Ella te admira? ¿Trata de hacer lo que tú haces?

Casey: No todo el tiempo. Ella no fuma, ni nada, y si yo fumo, ella no. Espero que no me copie.

Al hablar de su hermana y su familia, Casey parece suavizarse, e incluso expresa la esperanza de que su hermana no siga sus pasos. Esto puede ser prueba de su capacidad de empatía, lo cual es muy importante evaluar en todo paciente adolescente.

Entrevistador: ¿Cuándo empezaste a fumar?

Casey: El verano pasado.

Entrevistador: ¿También empezaste a beber?

Casey: Bebía un poco. Bebía mucho vino y cosas así antes, pero fue entonces cuando empecé beber mucho alcohol.

Entrevistador: ¿Alguna vez has tenido problemas por beber?

Casey: ¿De qué tipo?

[Después de seguir preguntando por posibles problemas académicos, médicos y personales derivados de fumar y beber, y de algunas preguntas sobre drogas callejeras, el entrevistador se entera del lugar en que Casey nació y de la razón por la que su familia se mudó a su residencia actual. Casey también revela algunos datos acerca de sus abuelos].

Entrevistador: ¿Alguna vez has pensado en regresar a D para vivir ahí?

Casey: Sí, de verdad quiero regresar a D, pero mi mamá dice que no.

Entrevistador: [Con suavidad] Podría ser como un nuevo inicio.

Casey: Sí. Todos en mi familia quieren regresar a D, excepto mi papá.

Ésta es la primera respuesta en que Casey muestra verdadero entusiasmo en la entrevista, y el entrevistador continúa por este camino. Es de especial importancia con un paciente adolescente que el clínico proyecte un afecto genuino hacia él. Debido a la hostilidad inicial de Casey y el resentimiento por la hospitalización, le ha costado mucho al entrevistador llegar a este punto.

Entrevistador: Cuando tu mamá dijo que no, ¿se refería a que ella no quería, o a que no quiere por el trabajo de tu papá?

Casey: Ella me dijo que sí quería. Me dijo que le gustaría regresar a D, pero que papá había conseguido un buen trabajo.

Entrevistador: Así que, cuando ustedes ya eran 5, se mudaron a esta área, o ¿se mudaron a otros lugares antes?

Casey: Nos mudamos aquí.

Entrevistador: ¿Han tenido la misma casa que siempre han tenido desde que son 5?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Tienes mascotas?

Casey: Claro, tengo dos gatos.

Entrevistador: ¿Perros, no?

Casey: Yo quiero un perro.

Ésta es la segunda afirmación positiva en la entrevista. El entrevistador la usa como trampolín para hablar de otros sentimientos positivos.

Entrevistador: ¿Sí? Un perro sería bueno para ti. ¿Qué clase de perro te gustaría tener?

Casey: Un golden retriever.

Entrevistador: Sí, son grandiosos. Dime, ¿crees que las cosas han mejorado entre tú y tu mamá y tu papá desde que estás en el hospital?

Casey: Sí, y mi papá no me ha gritado.

Entrevistador: ¿Estás enojado con tu papá?

Casey: A veces me enojo con él.

Entrevistador: ¿Él se enoja contigo? ¿Te pega?

Casey: Sí. Bueno, no duro.

Entrevistador: Cuando eras más pequeño, ¿te pegaba?

Casey: No. Bueno, me daba nalgadas.

Entrevistador: ¿Él o alguien más abusó de ti? ¿Te dio golpizas?

Éste podría ser el momento para preguntar explícitamente si el paciente alguna vez ha sido víctima de abuso sexual.

Casey: No, nada de eso.

Entrevistador: Plátame un poco sobre cómo es un día cuando no estás aquí. Dijiste que estás en la secundaria de C. ¿A qué hora tienes que estar ahí?

Casey: A las 8:00.

Entrevistador: ¿Cómo llegas?

Casey: Mi mamá me lleva en carro.

Entrevistador: ¿Estás en la escuela todo el día o medio día?

Casey: Todo el día.

Entrevistador: ¿Y cómo regresas a casa?

Casey: Mi mamá va por mí.

Ahora, el entrevistador tiene una idea bastante buena de la relación de Casey con su familia; es mucho más positiva de lo que podía esperarse de un adolescente problemático. Saber cómo interactúan con él y qué tan independiente ha logrado (o quiere) ser puede resultar una tarea difícil para el clínico. Las evidencias de Casey aún se tienen que contrastar con las de los padres.

Entrevistador: ¿Qué haces después de la escuela?

Casey: Casi siempre ando con mis amigos.

Con más tiempo, el clínico pediría a Casey que hable más de sus actividades con sus amigos. ¿Qué hacen? ¿Dónde lo hacen? ¿Quiénes participan? ¿Por qué le gustan/admira a ciertos amigos? Algunos entrevistadores preguntan, “¿Qué diría tu mejor amigo si le pregunto acerca de ti?” Se puede preguntar a los niños y a los adolescentes tempranos, “¿Qué te gustaría cambiar de ti mismo?” (Éste es el equivalente de la demanda de “tres deseos”, que se les piden incluso a niños pequeños). Toda esta información proporciona una imagen de aspectos más positivos de la personalidad y los intereses, y las preguntas ayudan a cimentar la relación terapeuta-paciente demostrando un interés por el paciente como individuo, tanto como lo hacen las preguntas sobre deportes y pasatiempos que siguen.

Entrevistador: ¿Tienes mucha tarea?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Estás en algún equipo? ¿Juegas fútbol o algún otro deporte?

Casey: Jugaba, pero ya no.

Entrevistador: ¿Por qué no?

Casey: Porque no me gusta mucho el fútbol.

Entrevistador: ¿Tienes pasatiempos?

Casey: Claro. Juego boliche.

Entrevistador: ¿Juegas boliche? ¿Cuántos puntos haces?

Casey: Mi puntuación más alta es de 147.

Entrevistador: Es muy buena. Mejor que la mía. ¿Qué más? ¿Tú familia sale a acampar o hace alguna otra cosa?

Casey: No, no salimos a acampar.

Entrevistador: Eres del este; te debe gustar la nieve, ¿no?

Casey: Claro, me gusta la nieve.

Entrevistador: ¿Te gusta esquiar? ¿O patinar?

Casey: [Responde que no con la cabeza a cada pregunta]. Tenía patines, pero alguien me los robó.

Entrevistador: ¿Pasas tiempo andando en bicicleta?

Casey: A veces.

Entrevistador: ¿La mayor parte del tiempo sólo estás con tus amigos fumando y bebiendo?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Tienes novia?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Has tenido alguna vez?

Esta pregunta también se podría formular, “¿Has tenido relaciones románticas, con chicas o chicos?”

Casey: No lo creo. Bueno, algo así. Cuando estuve en el Hospital E.

Entrevistador: ¿Alguna vez has estado realmente cerca de una chica?

Casey: [Pausa larga] Creo que no quiero hablar de eso.

Entrevistador: Está bien. Me alegra que me lo digas. ¿Así que en el Hospital E es donde antes estuviste internado?

Casey ha cumplido con la petición inicial del entrevistador, quien marca el área del conocimiento y experiencia sexual como un tema importante para regresar más tarde a él.

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Y a qué se debió en esa ocasión?

Casey: Fue hace un par de meses. Fue porque tuve una pelea con mi papá.

Entrevistador: ¿Recuerdas qué fue lo que te hizo enojar?

Casey: No, no me acuerdo.

Entrevistador: Además de ese tiempo en el hospital y éste, ¿has estado internado en otras ocasiones?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Alguna vez has tratado de hacerte daño o de matarte?

Casey: No. Y ya sé lo que va a preguntar. Nunca lo he pensado. Al menos, no seriamente.

Entrevistador: ¿Alguna vez has intentado hacer daño a tus padres o a tu hermana con un cuchillo o con una pistola?

Casey: Asusté a mi mamá con un cuchillo, pero no iba a hacerle daño. [Se seca los ojos].

Para este momento, el entrevistador ha abordado tres áreas vitales en la evaluación de todo paciente: sexo, consumo de sustancias e ideas suicidas y violencia. Sin embargo, aún no se han evaluado lo suficiente (los detalles de cualquier pensamiento que Casey haya tenido en relación con lastimarse deben explorarse en profundidad), pero el entrevistador siente que el paciente está a salvo. Y el terreno se ha preparado para hacer más preguntas posteriormente.

Entrevistador: Aún tienes lágrimas en los ojos. ¿Por qué estás triste?

Casey: No sé qué está sucediendo ahí adentro. [Señala el cuarto de al lado].

Entrevistador: ¿No puedes dejarlo pasar?

Casey: Es difícil. Me meto en muchos problemas cuando las personas me hacen cosas.

Entrevistador: Eres un buen chico, y aun así te metes en problemas.

Casey: Me meto en problemas.

Entrevistador: Te esfuerzas mucho, y no te aprecian.

Casey: Sí.

Entrevistador: No entiendo eso. No entiendo por qué no te aprecian. ¿Es porque tu carácter se sale de control? ¿Desencadenan algo en ti, y ¡bum!, te pierdes? ¿Ése es el problema?

El entrevistador ahora intenta otra vez formar una alianza con el paciente, y por fin parece tener éxito. El paciente responde la siguiente serie de preguntas con más afecto y convicción.

Casey: Algo así.

Entrevistador: Algo así. ¿Alguna vez has roto cosas, golpeado las paredes con los puños?

Casey: Hice un hoyo en la pared a patadas.

Entrevistador: ¿Qué más? ¿Ventanas rotas?

Casey: Rompí el mosquitero de la ventana y me salí por ahí.

Entrevistador: ¿Te refieres a que te saliste de tu casa? [Casey asiente para decir que sí]. ¿Has participado en otros robos además de meterte a esa casa en esas dos ocasiones?

Casey: Hurté cosas de una tienda un par de veces.

Entrevistador: ¿Y el carro? ¿Robaste el carro?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Sabes conducir?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Has conducido tú solo?

Casey: Sólo con mis amigos.

Entrevistador: ¿Te gusta? ¿Eres bueno conduciendo?

Casey: Sí, soy bueno.

Entrevistador: Tal vez demasiado rápido.

Casey: Me da demasiado miedo para ir rápido.

Entrevistador: Te iba a preguntar sobre eso. ¿Te da miedo?

Una buena transición para preguntar sobre los sentimientos.

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Qué cosas te dan miedo?

Casey: A veces, me da miedo cuando tengo que ir a la escuela. Unas personas vinieron y trataron de golpearme y cosas así, y tenían pistola y cosas así, y me iban a disparar, y me dio mucho miedo.

Entrevistador: ¿Estas personas son pandilleros?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Tú estás en alguna pandilla?

Casey: No, no lo estoy.

Entrevistador: Ahora, tengo que preguntarte sobre otros sentimientos y experiencias que muchas personas tienen. ¿Alguna vez has estado en verdad asustado, cuando estás en lugares altos, en elevadores, entre multitudes?

El entrevistador anuncia otro cambio de tema, y le informa a Casey que estas preguntas de rutina no significan que tenga la sospecha de que él haya tenido dichas experiencias.

Casey: No. Bueno, cuando estoy entre mucha gente y en lugares pequeños, me da miedo.

Entrevistador: ¿Tu corazón late más fuerte y sudas?

Casey: Sí.

Entrevistador: ¿Te ha pasado eso? Cuéntame más.

Casey: A veces, sólo empiezo a temblar cuando estoy asustado. Luego, no puedo respirar. Sudo mucho y mi corazón late muy fuerte.

Entrevistador: ¿Esto te sucede con frecuencia?

Casey: No, sólo un rato cuando entro en pánico. Una bola de tipos va a atraparme.

Entrevistador: ¿Sólo te ocurre cuando alguien trata de lastimarte o también cuando estás en lugares pequeños o con mucha gente?

Casey: Mmm, creo que sólo cuando alguien me da miedo.

Entrevistador: ¿Te describirías como especialmente ordenado o especialmente desordenado?

Casey: Intermedio.

Entrevistador: ¿Pero te gusta que todo tenga cierto orden?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Qué hay sobre oír voces? ¿Alguna vez has oído voces que no parecen reales?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Alguna vez has visto cosas que las demás personas no ven?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Qué hay de los estados de ánimo muy intensos? Como sentirte, en verdad, genial, o *demasiado* bueno, sin que haya razón.

Casey: No, nada.

Entrevistador: O estar extremadamente activo, tal vez que no necesites dormir mucho en varios días.

Casey: No.

Entrevistador: ¿O alguna vez te has sentido tan malo que tengas pensamientos de hacerte daño o, tal vez, matarte?

Casey: No realmente.

Entrevistador: ¿Qué quiere decir eso?

Casey: Usted sabe, yo creo que muchos piensan en eso. Pero nunca he querido hacerlo ni nada.

Como se esperaba, el entrevistador ha regresado y ha obtenido más información acerca del tema de las autolesiones.

Entrevistador: Está bien. ¿Cómo es tu apetito?

Casey: Es bueno ahora. Pero, a veces, es malo.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo suele ser malo?

Casey: No sé. Cuando me siento asqueroso. Deprimido, usted sabe.

Entrevistador: ¿Has bajado de peso?

Casey: No estoy seguro. No lo creo.

Entrevistador: ¿Tienes la estatura esperada, o eres de estatura baja para tu edad?

Casey: Soy bajo para mi edad.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes al respecto?

Casey: Mal y solo, a veces. Pero tengo algunos buenos amigos.

Entrevistador: ¿Hablas con ellos sobre tu sensación de soledad?

Casey: Les cuento.

Entrevistador: Cuando te sientes deprimido, ¿cuánto tiempo dura ese estado?

Casey: No sé, no mucho. Tal vez un día o dos.

Los estados de ánimo de los adolescentes tienden a ser de corta duración y variables. Cuando los médicos no valoran este hecho, a veces prescribe medicamentos innecesarios u otros tratamientos. Cuando evaluamos con cuidado posibles trastornos del estado de ánimo, debemos tener en mente que los jóvenes pacientes suelen carecer de perspectiva en cuando a los cambios en su estado de ánimo. Repetidas entrevistas a lo largo del tiempo son esenciales.

Entrevistador: Casi termina nuestro tiempo, y me gustaría hacerte algunas preguntas más. Tal vez sean aburridas, pero te agradecería que trates de responderlas lo mejor que puedas. ¿De acuerdo?

En manos de un clínico experimentado,¹ no es necesario hacer un examen formal completo del estatus mental (véase tabla 1-1) por cada paciente adolescente, al igual que no lo es con los pacientes adultos. Lo completo se determina cuando hay una cuestión de patología mental grave (por ejemplo, trastornos cognitivos, psicóticos, del estado de ánimo o de consumo de sustancias) o cuando, para fines legales o de otra índole, el registro tiene que reflejar una evaluación completa de línea base. Desde luego, los aspectos conductuales del estado mental deben señalarse por cada paciente –apariencia general y conducta, afecto (estado de ánimo evidente), flujo de pensamientos–, ya que éstos no requieren un conjunto especial de preguntas. Las preguntas necesarias para mucho de lo que hace falta – contenido del pensamiento, introspección y juicio, y aspectos cognitivos (memoria, periodo de atención, fondo de información)– surgirán a medida que se investigan otras cuestiones. Observa que, al realizar una evaluación formal del estado mental de Casey, este entrevistador no comete el frecuente error de principiante de describir las tareas del estado mental como “tontas,” lo cual crearía la impresión de que no son importantes.

Casey: Está bien.

Entrevistador: ¿Cómo se llama este hospital?

Casey: Hospital F.

Entrevistador: ¿Qué día es hoy?

Casey: Jueves.

Entrevistador: ¿A qué fecha estamos?

Casey: Es diciembre.

Entrevistador: ¿Y la fecha?

Casey: No me acuerdo.

Entrevistador: ¿En qué año estamos?

Casey: [Responde correctamente.]

Entrevistador: Bien. ¿Recuerdas mi nombre?

Casey: No.

Entrevistador: De acuerdo. ¿Qué clase de trabajo es el que realizo?

Casey: Es un consultor. Se supone que usted me ayudará a salir de aquí.

Entrevistador: Bien. Voy a decir tres palabras que quiero que repitas y luego las recuerdes. *Manzana, reloj, potro*. ¿Puedes repetir las ahora?

Casey: *Manzana, reloj, potro*.

Antes de seguir adelante con la prueba de memoria de corto plazo, el entrevistador determina que el paciente ha entendido las palabras y que ese recuerdo inmediato está intacto. El entrevistador no invita a ensayar advirtiéndole a Casey que le pedirá que vuelva a repetir las palabras unos minutos después.

Entrevistador: Bien. Aquí va una pregunta: ¿Qué tienen en común una manzana y una naranja?

Casey: No sé. Nada.

Entrevistador: Trata de pensar un poco más.

Casey: Se comen.

Entrevistador: ¡Claro! Eso está bien. ¿Algo más?

Casey: No.

Entrevistador: ¿Y una silla y una cama? ¿En qué se parecen?

Casey: Puedo dormir en las dos.

Entrevistador: [Suelta una risita] ¡Supongo que sí! ¿Algo más?

Casey: Bueno, las dos son muebles.

Entrevistador: ¡Excelente! Escucha este dicho: “La gente que vive en casas de cristal no debe lanzar piedras.” ¿Qué crees que significa?

Casey: Las piedras rompen el vidrio.

Entrevistador: Bien. ¿Algo más?

Casey: De acuerdo. ¿Recuerdas las tres palabras que te pedí que recordaras hace un momento?

Entrevistador: No.

Casey: Me acuerdo de *manzana*, pero nada más.

Entrevistador: ¿Estás seguro? Trata de recordar las otras.

Casey: No puedo.

Entrevistador: Está bien. Lo hiciste bien. Ahora quiero regresar a algo que hablamos antes, el robo del carro. ¿Qué harías ahora si estuvieras con tu amigo y él quisiera

hacerlo?

Casey: ¿Se refiere a si lo haría otra vez?

Entrevistador: [Asiente].

Casey: No sé... Me gustaría decir “No”, pero no sé...

Entrevistador: ¿Por qué “te gustaría”?

Casey: Bueno, eso seguro me causó muchos problemas.

Entrevistador: Está bien. Bueno, de verdad, agradezco el tiempo que pasaste conmigo. Gracias.

Las preguntas en forma de “¿Qué harías si...?” sirven para verificar el juicio, y tienen más relevancia para los adolescentes que pedirles que digan tres deseos o que describan qué harían si encuentran una carta con estampillas. Tales preguntas son un medio para evaluar el carácter y la personalidad, y para revisar la congruencia de los valores del adolescente con los de la tendencia dominante en la cultura y la sociedad adulta. Preguntas parecidas, con muchas de estas ventajas, toman la forma de “Cuéntame qué hiciste en [una situación determinada]”. Esta situación, por lo general, describe un problema interpersonal que el paciente haya mencionado, aunque el entrevistador puede plantear un problema en una relación hipotética. Las respuestas de Casey a las últimas dos preguntas abordan su introspección y su juicio.

Notas

¹ Desde luego, los clínicos en entrenamiento deben hacer un examen completo del estado mental por cada paciente que evalúen.



Capítulo 9

La entrevista inicial padre-hijo

Con frecuencia, el terapeuta lleva a cabo una entrevista inicial con uno o ambos padres del entrevistado. Debido a que los niños, en especial los más chicos, son muy sensibles a su entorno, es poco común para ellos ser el único que se siente angustiado. Sin embargo, para la familia no es extraño presentar a un hijo como el paciente identificado. Hace un par de generaciones, la familia evaluada era, por lo general, tratada por diversos profesionales. El psiquiatra entrevistaba al niño y el trabajador social, a los padres, mientras que el psicólogo aplicaba pruebas convencionales para evaluar las capacidades cognitivas y emocionales del niño.

En los últimos años, lo más usual es que un solo profesional concluya la evaluación inicial y envíe a servicios especializados sólo cuando se indica. Debido a que niños, padres y maestros suelen dar diferentes versiones, es de especial importancia obtener información de múltiples fuentes. Entrevistar a un padre y a su hijo juntos –o a toda la familia si es posible– brinda la oportunidad de conciliar discrepancias. También es benéfico en términos terapéuticos para cada miembro de la familia escuchar las inquietudes de los otros. (Por razones obvias, entrevistar a una familia tradicional está contraindicado en casos en que se sospecha de abuso físico o sexual).

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA PADRE-HIJO

La entrevista familiar no es intrínsecamente superior a otros tipos de entrevista, pero tiene sus ventajas: permite obtener diferentes puntos de vista sobre el problema y conocer a todos los actores y observarlos interactuar. Las personas de las que habla el niño se vuelven reales en la mente. Cuando se tiene éxito, la entrevista padre-hijo responde varias preguntas:

1. ¿Qué dinámicas familiares revela la observación directa? Algunas posibilidades son:
 - Relaciones enredadas, en las cuales los límites entre los miembros de la familia se encuentran mal definidos, lo que lleva a un bajo grado de privacidad e independencia.

- Relaciones de desapego, en las cuales hay pocos intercambios de comunicación o de experiencias de vida.
 - Discordia/hostilidad entre los padres.
 - Posible alianza entre el niño y el más débil de los padres.
 - Sobreprotección de un niño “enfermo”.
 - Usar como chivo expiatorio a un niño “malo”.
2. ¿Cómo se las arregla la familia? ¿Lo hacen cambiando el apoyo, los límites o la distribución del poder dentro de la familia para reflejar circunstancias alteradas (tales como la entrada o salida de un miembro, el desarrollo de los niños en la adolescencia)?
 3. ¿Cómo trabajan juntos los miembros de la familia para resolver los problemas?
 4. ¿Cómo se comunican con los demás? ¿Cada uno toma un turno respetando los derechos de los otros de ser escuchados? ¿Uno de los miembros habla más? ¿O todos hablan al mismo tiempo y pocas veces escuchan lo que los otros dicen?
 5. ¿Cómo puede caracterizarse el proceso de toma de decisiones de la familia? La respuesta a esta pregunta va de autoritario a democrático, o a permisivo.
 6. ¿Qué trastornos cognitivos (percepciones erróneas de cualquier aspecto de la conducta, carácter o capacidades de un niño) atañen a las relaciones entre los miembros de la familia?
 7. ¿Alguno de los miembros denigra abiertamente a un niño presente en la sesión? ¿Cómo reacciona el niño?

Si bien entrevistar a una familia arroja información relevante del estado mental del paciente identificado, en las entrevistas individuales, por lo general, se obtiene información más detallada y de mayor calidad. Esto es fácil de entender: la presencia de otros miembros de la familia puede inhibir al niño para revelar cierto tipo de material delicado, incluso si se trata de un niño muy pequeño. Cuando se requiere entrevistar a una familia como parte de la evaluación de un paciente, a menudo es mejor entrevistar primero a la familia. Se obtendrá información del grupo más fácilmente antes de que se haya desarrollado una relación con el paciente.

REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA PADRE-HIJO

A algunos clínicos les gusta empezar la entrevista presentándose refiriéndose a su profesión (“médico”, “trabajador social”, “psicólogo”, “enfermera”) o a un término más genérico (“consejero”, “clínico”, “terapeuta”), y mencionando que quiere conocer al niño y a la familia para ayudarlos a resolver sus problemas. Sin importar la introducción que se use, se debe aclarar que el trabajo no es encontrar a alguien a quien culpar, sino “saber

cómo funciona su familia y ayudar a que funcione mejor”.

Es posible comenzar con una pregunta abierta como “¿A quién le gustaría comenzar?” o “¿Quién quiere decirnos por qué estamos todos hoy aquí?” Cuando el paciente identificado es un niño pequeño, la persona que comienza casi siempre es uno de los padres, pero por medio de esas preguntas se habrá enviado el mensaje de que las contribuciones de todos son bienvenidas. Cuando se hable con uno de los padres, observar la comunicación verbal y no verbal del niño. Preguntar si el niño está de acuerdo o no con la descripción del padre de una conducta, sentimiento o secuencia de hechos. De acuerdo con el curso de la entrevista, procurar incluir al niño equilibrando e integrando las contribuciones del padre y del niño de manera constante.

ENTREVISTA CON ERNEST MONAHAN Y SU MADRE

En la entrevista que se presenta a continuación, un médico familiar ha enviado a la señora Monahan y a su hijo de 10 años de edad, Ernest, a una evaluación de sus quejas por malestares físicos crónicos. Aunque alto para su edad, Ernest es delgado y de apariencia delicada. Su madre también es alta, pero obesa y un poco arrogante. Cuando se le invitó a asistir, el señor Monahan explicó que no podría estar presente esta vez, pero participaría en una entrevista posterior. Como en los capítulos 4 a 8, el diálogo incluye *comentarios en cursivas*. Aquí, dichos comentarios, en realidad, tienen tres funciones. En algunos casos, interpretan las declaraciones de Ernest y su madre. En otros, explican lo que el entrevistador dice o hace. Por último, en otros más, dan voz a las especulaciones del trabajo interno del entrevistador sobre las dinámicas familiares.

Entrevistador: ¿Y qué los trajo a ustedes aquí?

La pregunta que abre no es “¿Cuál es el problema de Ernest?” o “¿Qué anda mal con Ernest?” En cambio, el entrevistador enmarca el problema como uno que afecta al menos a dos personas. La señora Monahan responde primero.

Sra. Monahan: Primero nos imaginamos que Ernest iba a estar enfermo por mucho tiempo hace dos años, precisamente por marzo o abril. Ya sabíamos que [dirigiéndose a su hijo] habías estado enfermo tal vez desde febrero. Lo que pasó fue que, justo el fin de semana del día Acción de gracias, Ernest enfermó por lo que parecía ser un resfriado viral: dolor de cabeza, fiebre, no alta, 38 a 39 °C, dolor intenso de garganta, malestar general, ningún síntoma gástrico o gastrointestinal, sólo un fuerte resfriado. Pensamos, “Oh, grandioso, nuestro resfriado local para este invierno”. Cuando llegamos a la

segunda semana, algunos de los síntomas cedieron, pero aún estaba enfermo: se sentía bastante mal, cuerpo cortado todo el tiempo. Así, poco más o menos al final de la segunda semana yo dije, “Muy bien, esto ya duró suficiente, ahora vamos a ver al doctor”, y la doctora dijo, “Sí, parece uno de esos fuertes resfriados que no se van; sólo que no salga de casa hasta que mejore”. Pero al final de la quinta semana, regresamos y dijo, “No ha tenido ninguna mejoría”. Ernest había cambiado al punto de que tenía fiebres periódicas arriba de 39°C estaba en cama postrado, y su cuerpo y garganta adoloridos todo el tiempo, sin ninguna mejoría.

La gran extensión del discurso da al informante la máxima libertad para decir su versión con sus propias palabras. Hay un indicio de insatisfacción con la doctora familiar. También se observa que la señora Monahan domina la apertura: Ella “dice” a Ernest cómo se sintió y qué pasó. En este punto, Ernest, sentado con actitud pasiva, no interrumpe.

Entrevistador: ¿Mono¹?

Sra. Monahan: El examen de mono salió negativo.

Ernest: Yo ya tuve mono.

Ernest ha estado escuchando en silencio e intenta intervenir. Pero su madre interrumpe y termina por él.

Sra. Monahan: Sí, tuviste mono...

Ernest: Segundo grado.

Sra. Monahan: Segundo grado. Y pues, em...

Entrevistador: [A Ernest] ¿Puedes tener mono más de una vez?

El entrevistador quiere dar la palabra a Ernest y asegurarse de que su madre no la tenga por mucho tiempo; de este modo responde a su interpolación con una pregunta relacionada.

Ernest: No lo creo.

Entrevistador: Tienes razón. Sólo te estaba poniendo a prueba.

Ernest: ¿Tu cuerpo no forma anticuerpos?

Entrevistador: Sí.

El entrevistador se mantiene con una actitud relajada, casi amistosa, que no usaría si la entrevista fuera solamente con la madre. Sirve para captar la atención del paciente, aun cuando su madre proporciona la mayor parte de la información.

Sra. Monahan: De modo que, en este punto, la gente levanta la mano y dice “¿Qué está mal?” Así que la doctora, llevada por su intuición clínica, mandó que le hicieran la prueba de citomegalovirus [CM]. Su título sanguíneo resultó positivo, y arrojaba un título demasiado alto del virus CM en la orina. Así que supimos que tenía un virus CM importante.

Ernest: Mamá, ellos hicieron pruebas de sangre después de que estuve enfermo algunos meses.

Ernest aún trata de dar su versión. Si bien la señora Monahan ha dominado la entrevista, el entrevistador opta por no interponerse. Desde el principio, la señora Monahan dejó claro que ella se decepciona de los médicos con mucha facilidad, y el entrevistador, satisfecho de ver que se desarrolla la relación, no se siente amenazado de ser dominado.

Sra. Monahan: La primera vez que ella lo vio, él había estado enfermo cerca de dos meses. En ese momento, supimos que no podríamos tratarlo con nada. La única cosa, ya que no había ningún medicamento antiviral, fue el gastado “Manténgalo tranquilo, llévelo a casa, trátelo bien, aliméntelo bien, bla, bla, bla, y espere a que se le pase; se pondrá mejor”. Y ya han pasado 15 meses.

Otra vez, es evidente la frustración de la madre con los médicos.

Ernest: Pero yo estoy mucho mejor que de costumbre, ¡mucho mejor!

Sra. Monahan: Ah, sí, gracias a Dios. De cualquier manera, le dimos a Ernest clases en casa desde el día de acción de gracias hasta marzo, pero la tensión fue demasiado grande, y él no estaba mejorando, y pues decidimos, “Al carajo con eso; vamos a sacarlo de la escuela, vamos a dejarlo descansar y a hacer que esto de verdad sea un periodo terapéutico”. Trajimos un montón de películas cómicas, tratamos de estar de buen humor y...

Entrevistador: ¿Ha leído a Norman Cousins?

El entrevistador está valorando el conocimiento de los cuidados de la salud de la señora Monahan. El libro de Cousins Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient (Nueva York: Norton) es una autobiografía de la convalecencia personal de una enfermedad viral desconocida, similar a la que presenta Ernest. Es narrada con una fuerte inclinación antimédica y fue un best-seller cuando se publicó por primera vez en 1979.

Sra. Monahan: Sí. Le diré, leo todo lo que llega a mis manos. Estábamos de buen humor; preparábamos la comida, frutas; quiero decir, sólo...

Entrevistador: ¿Esto empezó en marzo?

Por entonces, la cantidad de detalles que cita la señora Monahan amenaza con descarrilar la entrevista, así que el entrevistador la interrumpe con preguntas directivas.

Sra. Monahan: Sí, entonces tan pronto como estuvo bastante fuerte, comenzamos a caminar; la primera vez sólo arrastraba los pies. Pero aprendió cómo andar en bicicleta en mayo.

Ernest: No, creo que fue, no...

Sra. Monahan: ¿Quizá a principios de mayo empezaste a andar en bicicleta?

Ernest: A principios de junio.

Sra. Monahan: A principios... ¿justo antes de Bright Star aprendiste a andar en tu bicicleta?

Entrevistador: ¿Qué es Bright Star?

Sra. Monahan: Es un programa recreativo de verano de cuidado de niños, empieza en la tercera semana de junio. La escuela se termina el 10 y el programa empieza una semana después, hemos estado en él por años. Así que sólo seguíamos trabajando en esto, y él siguió mejorando y mejorando, pero tenía esos días en que se golpeaba contra la pared [da una fuerte palmada para ser más enfática], y usted podía verlo golpearse y retumbar, y sólo se encorbaba y estaba fuera por 2 o 3 días ¿qué, casi cada dos semanas?

Ernest: A cada rato.

Sra. Monahan: En otoño, lo metimos en varias escuelas nuevas; primero una, luego otra, Crest View.

Entrevistador: Espere un minuto, desde el día de acción de gracias, él ya no estaba en la escuela, luego el programa recreativo de verano Bright Star, ¿y ahora Crest View?

El entrevistador hace un resumen para aclarar la información, y también trata de no perderse.

Sra. Monahan: Cierto, lo siento. El Jimson Day. Y veamos, esta semana tuviste un episodio de debilidad, lunes, martes y la mitad del miércoles, pero estuve tratando de recordar cuándo fue tu último episodio. Fue hace ¿3 semanas, un mes?

Ernest: ¿Te refieres a cuando duró como 4 días?

Sra. Monahan: Sí.

Ernest: Pero eso fue diferente, porque en verdad tenía un fuerte resfriado.

Sra. Monahan: Está bien, yo estaba pensando en la última vez que te ausentaste por fatiga.

Ernest: Em, hace un par de días.

Sra. Monahan: Bueno, yo hablaba de antes de eso.

Ernest: Ah, ¿antes de eso? Casi un mes.

La madre y el hijo otra vez compiten por la claridad. Su incapacidad para estar de acuerdo sobre los eventos, y para resolver las discrepancias, revela una lucha de poder significativa. La madre es dominante y abrumba a Ernest (y al entrevistador) con detalles triviales. Ella controla a Ernest y a los que la rodean confrontándolos e interrumpiéndolos.

Sra. Monahan: Sí, creo que sí. Los episodios son cada vez más esporádicos, así que nuestra actitud ha sido “Está bien, estamos mejorando. Sí, esto es lento, pero al menos estamos mejorando”. Así que ahí es donde estamos hoy. Él regresó a la escuela, pero tuvo un episodio esta semana. Lo que nos impulsó a venir fue que, empezando a recapitular lo sucedido desde el principio del proceso en marzo, abril, mayo, me di cuenta de que teníamos a un niño entre las manos que es extraordinariamente brillantes, tiene capacidades maravillosas y ahora carga con fatiga y dolor crónicos.

Ernest: Es triste.

Sra. Monahan: Y le duele la garganta.

Entrevistador: [A Ernest] ¿Qué dijiste?

Ernest: Sólo dije “triste”.

Entrevistador: Triste.

Al retomar una palabra dicha por Ernest, el entrevistador trata de cambiar el rumbo de la entrevista, pero la madre interfiere.

Sra. Monahan: Triste, tú también te pones triste. De verdad, te sientes deprimido en esos momentos.

Ernest: No, no es cierto.

Sra. Monahan: Está bien.

Ernest: Sólo lo parece, porque siento dolor.

Sra. Monahan: Sí, yo creo que tú también estás un poco triste, tú sabes, no está mal.

Una vez más, el entrevistador queda excluido mientras madre e hijo tratan, sin éxito, de resolver sus diferencias.

Entrevistador: Así que Ernest empezó en una escuela pública, luego...

Sra. Monahan: Empezamos, lo teníamos en el jardín de niños, en el primer grado, y... fue horrible. El sistema de escuelas públicas, a pesar de su reputación, es pésimo. En particular, las escuelas primarias son sumamente espantosas. Eran...

Entrevistador: Así que a partir del segundo grado...

Sra. Monahan: Desde el segundo grado hasta ahora ha estado en escuelas privadas. En segundo y tercero estuvo en Jimson Day; luego se saltó el cuarto –lo hicimos que presentara exámenes para pasar de tercero directamente a quinto–fue en el quinto grado, en el día de acción de gracias que se enfermó por primera vez. Así que perdió el año escolar. Por eso es que ahora está con su grupo de edad, resulta chistoso, porque pasamos por muchas penurias para que pudiera saltarse el cuarto grado, y...

La señora Monahan no sólo está descontenta con el sistema médico; desde su punto de vista, la educación de Ernest también ha estado llena de confrontaciones y decepciones. Ella tiende a externalizar, culpando a los demás por los problemas de la familia. El entrevistador ha empezado a preguntarse si los síntomas físicos de Ernest pueden ser una expresión de su frustración debida a la necesidad de su madre de controlar su educación.

Entrevistador: ¿Así que ahora está donde empezó?

Sra, Monahan: Sí.

Entrevistador: [A Ernest] ¿Estás en quinto grado?

Ernest: Sí.

Entrevistador: ¿Y cuál fue la razón para salirte de Jimson Day?

Sra. Monahan: Cada vez que la maestra salía del salón, lo niños andaban por todos lados.

Ernest: Tú nunca entraste al salón.

En contraste con su madre, Ernest trata de decir una historia más equilibrada.

Sra. Monahan: Así que entonces me enteré de Crest View, que es para niños sobredotados. No puedes entrar sin presentar exámenes. Tienen normas de conducta y expectativas, y tienen niños que en verdad están interesados en aprender. Y no andan entre holgazanes haciendo desorden.

El mensaje de la señora Monahan es: “O mantienes altos estándares de excelencia o eres un holgazán”. ¿Qué alternativa le queda? ¿Enfermarse y no competir? Aunque es demasiado pronto para comentarlo abiertamente, el entrevistador nota la evidente necesidad de la señora Monahan de tener el control en tanto que vive vicariamente a través de su hijo y que niega su propia incompetencia.

Entrevistador: ¿Te gusta?

Ernest: Sí, en verdad me gusta la escuela.

Sra. Monahan: Cuéntale de la señora Johnson.

La señora Monahan sigue imponiendo su control en la entrevista, incluso cuando el entrevistador trata de desarrollar una alianza con Ernest.

Ernest: Mi maestra, la señora Johnson, mide como 7 cm menos que yo de estatura.

Entrevistador: Eres bastante grande para tu edad, ¿no?

Ernest: Sí, por eso soy el más alto de mi clase. Y ella es redonda y rolliza, y siempre está impasible frente a los padres y adultos, pero se relaja mucho cuando no hay otros adultos.

El entrevistador archiva mentalmente el infrecuente (para su edad) uso de Ernest de la palabra impasible como material para la evaluación del estado mental.

Entrevistador: ¿Es divertida?

Ernest: Sí, es muy divertida.

Entrevistador: ¿Qué tipo de clases estás tomando este año?

Ernest: Bueno, estamos viendo matemáticas, pero por desgracia, no hay nada de ciencia para el quinto grado, excepto ciencia computacional, que es muy buena. Así que tenemos matemáticas, ortografía, lectura.

Entrevistador: ¿Qué están viendo en matemáticas?

Ernest: Acabamos de terminar proporciones.

Entrevistador: ¿Fracciones?

Ernest: Sí, estamos haciendo muchas cosas con fracciones, y nos está enseñando todos los distintos usos de quitar números.

Entrevistador: ¿Tienes mucha tarea?

Ernest: Medio, pero cuando llegan informes y los informes de libros –toda clase de distintos informes– y las presentaciones orales, que también tenemos, se vuelve bastante.

Entrevistador: ¿Y los fines de semana?

Ernest: En los fines de semana sólo si hay informes; de lo contrario está bastante tranquilo.

El tema de la escuela no crea conflicto ni amenaza a la señora Monahan, quien por un momento se ha quedado callada. Pero el tema de los fines de semana es más amenazante –se podría revelar información sobre la familia– y, como de costumbre, toma el control ahora. Su uso del nosotros al hablar acerca de la tarea de Ernest sugiere un excepcional grado de identificación de ella con su hijo.

Sra. Monahan: Un fin de semana, por accidente, el carro se averió y nos quedamos fuera de la ciudad. Por fortuna, llevamos toda la tarea con nosotros. Pasamos 5 horas un día, nada más trabajando en un informe estatal.

Ernest: Y al otro día, otras 3 horas.

Entrevistador: Déjeme volver a los dolores y la debilidad. Parece que estos episodios se están espaciando un poco. ¿Sienten que regresaron ya a la normalidad?

Ernest: A veces. Pero casi siempre estoy muy cansado, y de vez en cuando me duele, pero aparte de eso, entre los episodios, me siento... [pausa larga].

Entrevistador: Muy bien.

El entrevistador termina; por lo general, esto no es recomendable, pero aquí Ernest parece perdido en sus pensamientos. Una mejor intervención habría sido parafrasear sus últimas palabras: "Entre los episodios te sientes..." Así daría a Ernest otra oportunidad para terminar su idea.

Ernest: Sí.

Entrevistador: ¿Tienes problemas para dormir?

El entrevistador intenta regresar con Ernest a las primeras referencias de tristeza y posible depresión, pero la señora Monahan habla por su hijo.

Ambos: [Al mismo tiempo] Sí.

Entrevistador: [Directamente a Ernest] ¿Puedes hablarme más de eso?

Ernest: Bueno, me tardo mucho en poder dormirme.

Entrevistador: ¿Duermes en tu propia habitación?

Ernest: Sí.

Entrevistador: ¿A qué hora te acuestas a dormir?

Ernest: Tengo una hora fija. Tengo que ir a la cama a las 9:00. Se llama "fuera luces". Mis papás sólo me dejan leer hasta las 9:30, pero luego ellos simplemente entran, cierro mi libro y apago la luz.

Entrevistador: ¿Pero aún no tienes sueño?

Ernest: No, en realidad sí tengo sueño, pero no puedo dormir.

Entrevistador: De acuerdo. ¿Y luego qué sucede?

Ernest: Y luego yo... [pausa larga].

Entrevistador: ¿Te quedas acostado despierto en la oscuridad?

Ernest: Sólo me quedo acostado hasta que me duermo y... [pausa larga].

Las pausas sugieren que hay temas que Ernest no desea tocar en presencia de su madre. Por ahora, el entrevistador pasa a otro tema, pero regresará a estos temas en una entrevista privada posterior con Ernest.

Entrevistador: ¿Tienes idea de cuánto tiempo pasas así?

Ernest: Sí, a veces estoy despierto hasta las 11:00.

Sra. Monahan: Y lo que yo necesito interponer aquí es que hago investigación. Y mi negocio en los últimos 25 años ha sido el de los patrones de enfermedades. Y lo que he notado en él es que cuando empieza a tener varias noches consecutivas durmiéndose tarde y dice, “Ay, dios, mamá, no pude dormir anoche,” eso ocurre justo antes de una recaída.

La señora Monahan ahora impone sus credenciales académicas. Sin sentirse amenazado por sus conocimientos, el entrevistador pide de manera respetuosa su opinión con el fin de mantener la alianza.

Entrevistador: ¿Usted cree que sea un problema con los ritmos biológicos? ¿Su reloj biológico es normal?

Sra. Monahan: No sé qué lo está desencadenando, pero sé que uno de los síntomas que observo es que pasan varias noches consecutivas en que se duerme hasta muy tarde. No sé si el sueño lo provoca. ¿La fatiga causa insomnio?

Entrevistador: ¿Le cuesta trabajo levantarse en las mañanas?

Sra. Monahan: No cuando está bien. Entonces, se despierta con una gran sonrisa.

Ernest: Y me levanto de un salto.

Entrevistador: ¿Necesitas una alarma de despertador?

Ernest: A veces, estoy atontado.

Sra. Monahan: Usted sabe, nosotros teníamos una broma en la familia, porque mamá e hijo nos despertamos muy lentamente. Papá es lo contrario. Se ha vuelto muy bueno para levantarse en la mañana sin hacer ruido, así que no nos despierta.

De acuerdo con esta descripción, madre e hijo tienen características en común, mientras que el padre es diferente; esto sugiere que el equipo de Ernest y mamá puede excluir a papá. Esta forma de enredo no es rara en las familias que somatizan.

Entrevistador: ¿Has tenido pesadillas?

Ernest: La verdad, no recuerdo mis sueños.

Sra. Monahan: Hemos notado que no puede dormir en otra casa, porque van y se divierten, y al siguiente día no puede levantarse de la cama.

Entrevistador: Bueno, ¿estás demasiado cansado para ser atlético?

Ernest: Me encanta andar en mi bicicleta, pero me duele. La verdad, no me gusta ir de paseo, pero...

Entrevistador: ¿Juegas fútbol o haces alguna otra cosa?

Ernest: Antes jugaba fútbol, pero cuando me enfermé, lo dejé.

Sra. Monahan: Una de las cosas –y no es crítica, cariño– es que Ernest no corre con suavidad; siempre ha dado pisadas fuertes. Es como si tuviera tres pies izquierdos que se

estorban entre sí, así que la verdad él no tiene buena coordinación.

Una vez más, la madre menosprecia las capacidades de Ernest; ¿trata de evitar que se relacione con el mundo exterior?

Ernest: Se dice *dos* pies izquierdos.

Sra. Monahan: Y no tuvo la coordinación necesaria para andar en bicicleta sino hasta los 8 años; creo que fue el año pasado, a los 9. Pero eres genial tratándose de videojuegos y juegos de computadora, y...

Entrevistador: Habilidades motrices finas.

Sra. Monahan: Él está escribiendo, él va a escribir la página de nuestro negocio. Vamos a mi oficina los fines de semana si él quiere hacerlo.

Entrevistador: ¿Está en la universidad?

Sra. Monahan: Sí.

Entrevistador: ¿En qué departamento?

Sra. Monahan: Biología. Así que la principal razón por la que quería consejería para Ernest es, ¿cómo puedo decirlo? Él tiene un talento extraordinario; es un niño sumamente inteligente con un futuro estupendo. Tiene la capacidad de ser lo que sea, hacer lo que quiera en esta vida.

Entrevistador: Y aquí es donde viene un “pero”.

Sra. Monahan: Y mi objetivo en la vida es asegurarme de que él tenga una buena educación y preparación. Por eso, mi objetivo es que siga yendo a la escuela, asegurarme de que tenga diversión y cosas emocionantes en la escuela. No tengo absolutamente *ningún* fundamento para mi diagnóstico de síndrome de fatiga crónica.

Entrevistador: Es difícil diagnosticarlo en niños. Es difícil diagnosticarlo en quien sea.

La señora Monahan por fin empieza a hablar de por qué ha buscado esta entrevista de salud mental cuando su punto de vista apoya sólidamente una enfermedad física y no se han descrito problemas psicológicos. Nunca ha afirmado que Ernest tenga un posible trastorno de síntomas somáticos. La trampa está en que, si ella ha fracasado en sus aspiraciones y está esperando lograr sus objetivos de manera vicaria a través de los esfuerzos de Ernest, ella se llevará otra vez una decepción. El entrevistador mantiene una actitud de apoyo, pero evita competir con la madre.

Bueno, lo que más me enojó fue que fuimos a ver a un especialista en enfermedades pediátricas. Olvidé su nombre, porque me hizo enojar mucho. Pasó 3 ½ horas con el niño en una mesa fría, y él desnudo, con una sábana cubriéndolo. Y al final de todo esto, me miró y me dijo, “No hay causas biológicas para su padecimiento. Creo que ha sufrido abuso”.

Entrevistador: ¿Abuso?

Sra. Monahan: ¡Abuso! Me aterrorizó con eso. Estuve llorando y Ernest estuvo llorando. Nos fuimos a casa; tomamos una taza de chocolate caliente; y dije, “Está bien, cariño. ¿Alguien te ha tocado alguna vez, o te ha golpeado, o te ha hecho algo?” Y hablamos de esto durante 2 o 3 días, y en mi corazón y en mi desconfiada naturaleza de madre, estoy absolutamente segura que nunca jamás él ha tenido problemas de este tipo. Pero me dejó frita. Esta mujer desechó de un plumazo todo su padecimiento físico diciendo “No hay causas biológicas”. Quiero encontrar a un médico que trabaje con nosotros y le eche un vistazo al perfil. He sido una mamá paciente. Ya me cansé de ser paciente. Quiero a alguien que quiera trabajar con nosotros.

Ahora, la madre ha completado (replanteado) su caso: “Deme la razón, o me iré a otro lado”. El entrevistador mantiene su actitud de apoyo, pero no necesariamente acepta el diagnóstico de la madre, quien también predice toda una vida de morbilidad.

[Después de hablar un poco más sobre la salud reciente de Ernest, el entrevistador pasa a otra parte de la evaluación].

Entrevistador: ¿Cómo fue su embarazo?

Sra. Monahan: Estupendo. Yo...

Entrevistador: ¿Fue un embarazo de 9 meses y un parto fácil?

Sra. Monahan: Sí, el día exacto. Supe cuándo me embaracé, porque fue un embarazo planeado. Fui mamá soltera, una mujer soltera y quería un hijo, así que un buen amigo mío me donó su esperma, y por eso sé exactamente cuándo me embaracé. Y tuve un gran embarazo.

La madre, por casualidad, menciona su inseminación artificial y su plan de ser madre soltera, hechos de los que Ernest parece estar bien enterado. El entrevistador deja esto para una reunión posterior.

Entrevistador: ¿Ahora está casada?

Sra. Monahan: Sí. Me casé cuando Ernest tenía 4, con un amor de la universidad. Él y yo regresamos, aún había fuego entre nosotros y nos casamos.

Entrevistador: ¿Y él adoptó a Ernest?

Sra. Monahan: Sí. El 11 de abril es el día de nuestra familia.

Entrevistador: ¿Tienen otros hijos?

Sra. Monahan: No.

Entrevistador: ¿No fumaba?

Sra. Monahan: Nop, no fumaba ni bebía. No he fumado desde que tenía 21. No bebo ni consumo drogas.

Entrevistador: ¿Cómo llegó a esta ciudad? ¿Creció aquí?

Sra. Monahan: No, llegué aquí para estudiar la universidad.

Entrevistador: ¿Tiene algún posgrado?

Sra. Monahan: No, tengo una licenciatura en biología. Me habría encantado ir a una escuela de medicina o cursar un posgrado, pero me quedé sin dinero.

Entrevistador: ¿Dónde creció?

Sra. Monahan: Al sur de aquí. Mi padre era científico.

Entrevistador: ¿Está vivo?

Sra. Monahan: Sí, se jubiló por cuestiones de salud. Creo que yo he tenido síndrome de fatiga crónica desde 1980. También he tenido siempre síndrome premenstrual. Desarrollé un cuadro muy fuerte de neumonía en 1980. Inmediatamente después, tuve un grave problema con la fatiga y la concentración. Hace poco, leí un artículo acerca de la susceptibilidad genética en el síndrome de fatiga crónica. Y pensé, “Ah, genial, qué gran regalo de cumpleaños”. Pero eso me lleva a pensar que esto podría muy bien ser causado por mí. [A Ernest] ¡Lo siento, hijo!

Entrevistador: ¿También tiene dolores?

Sra. Monahan: Es interesante. En los últimos 4 años, he tenido un terrible aumento de síntomas, pero soy muy, muy discreta. Soy excelente para ocultar mis síntomas.

Entrevistador: Así que no falta al trabajo.

Sra. Monahan: Falto 1 o 2 días al mes, porque estoy en casa envuelta en una manta, porque no me puedo mover. Hace poco cambié de doctor otra vez, porque me estaba desanimando por la falta de progreso. Durante 20 años, me han dado palmadas en la espalda y me han enviado con psiquiatras. Me han dado fármacos y orientación, y, y...

Entrevistador: Y ahora trae a Ernest con un psiquiatra.

Sra. Monahan: Porque estoy al borde de la desesperación. No tengo ningún apoyo.

Entrevistador: Pero él está bien. No entiendo.

Sra. Monahan: No está bien. Lunes y martes estuvo enfermo, tirado en la cama, debilitado por el dolor.

Entrevistador: Pero usted sabe qué es. A usted también le ocurre.

Con los síntomas somáticos que interfieren en su vida, la señora Monahan se parece aún más a Ernest de lo que había reconocido antes. Su revelación sugiere una alianza terapéutica positiva con el entrevistador, quien observa que ella y Ernest sobrellevan bien la situación.

Sra. Monahan: ¿Pero hay alguien que nos pueda ayudar? Lo único que sé es que no estoy recibiendo información ahora.

Entrevistador: El punto de esta evaluación es obtener información sobre todos los miembros de la familia y no entiendo lo suficiente aún para empezar a responder sus preguntas.

Sra. Monahan: Está bien.

A medida que la información se amplía a “¿Quién es el paciente?”, la frustración de la informante se dirige contra el entrevistador. Sin embargo, ella acepta esta explicación franca.

Entrevistador: ¿Su esposo está bien de salud?

Sra. Monahan: Tiene sus problemas. Tiene rodillas terribles, porque fue herido en la milicia cuando una parte de la puerta del helicóptero lo golpeó en una. En la otra rodilla, se le enterró un pedazo de una motocicleta.

Entrevistador: Llevan 6 años casados, así que esto le ocurrió antes de estar juntos.

Sra. Monahan: Historia previa, sí.

Entrevistador: ¿Pero usted dijo que era un amor de la universidad?

Sra. Monahan: Nos conocimos cuando estábamos en la universidad. Luego, él entró al ejército como médico. Estuvo deambulando con su unidad durante 33 meses; regresó mucho más consciente de sus capacidades y límites. Y no tiene pesadillas persistentes ni nada.

Entrevistador: ¿Regresó y terminó la universidad?

Sra. Monahan: No.

Entrevistador: ¿A qué se dedica?

Sra. Monahan: Estamos empezando una compañía de software. Está trabajando de tiempo completo en esto, y yo soy el principal sostén de la familia.

Entrevistador: ¿Dónde aprendió de eso?

Sra. Monahan: En el ejército. Y también enseñé física y electrónica.

El padre adoptivo tiene aspiraciones altas y logros, pero no un título universitario. Ahora es evidente que ambos padres nunca han alcanzado sus metas académicas. ¿Es ese el camino que Ernest debe seguir en su desarrollo? Es difícil para Ernest tener éxito en un área en la que ninguno de los padres parece haber alcanzado sus expectativas.

Entrevistador: Así que todos en esta familia son muy brillantes.

Sra. Monahan: Sí.

Entrevistador: ¿Podemos tomarnos unos minutos y regresar una generación más? ¿Usted dijo que su padre está vivo y aún saludable? ¿Qué edad tiene más o menos?

Sra. Monahan: Mi papá tiene 71 y mi mamá 66. Mi papá fue un alcohólico activo por varios años cuando yo era pequeña. Y yo era la que decía las verdades en la familia. Yo regañaba a mi papá y le decía, “Estás bebiendo demasiado. Tienes que ver a un doctor”. Aún tengo una relación muy honesta con él.

Entrevistador: ¿Cuántos hijos había?

Sra. Monahan: Cuatro.

Entrevistador: ¿Usted era la mayor?

Otra manera de formular la pregunta (“¿Qué lugar ocupaba entre sus hermanos?”) habría sido un poco mejor, pero esta pregunta casual cumple con el trabajo.

Sra. Monahan: Fui la tercera. Tres niñas y un niño. El niño fue el mayor.

Entrevistador: ¿A qué se dedica?

Sra. Monahan: Es profesor de ingeniería.

Entrevistador: ¿Y su hermana?

Sra. Monahan: Tengo una hermana mayor que es corredora de bolsa. Persona extraña, se lleva a la cama al comprador y al vendedor para hacer un mejor trato.

Entrevistador: ¿Negocia el mejor trato para ambas partes?

Sra. Monahan: Ella se los lleva a la cama como parte de lo que hace en ventas. Ha hecho eso por años.

Entrevistador: No entiendo.

Sra. Monahan: Yo tampoco. Ha estado casada seis veces; hace poco se divorció, porque ella andaba acostándose por ahí. La mujer tiene muchos problemas. Mi hermana menor es muy parecida: una mentirosa compulsiva y sumamente autodestructiva. Fuma como chimenea, pesa más de 140 kg. Y creo que abusa psicológica y físicamente de sus hijos. Ernest la ha visto ¿dos veces?

Se manifiesta una gran psicopatología en la familia. Parece que ha afectado a todos en la familia.

Ernest: Grita mucho.

Sra. Monahan: Es una persona muy miserable, muy infeliz.

Ernest: Tiene muy mal carácter.

Entrevistador: ¿En verdad?

Sra. Monahan: Mi hermano es un hombre agradable. No es malo, no miente, pero siempre toma el camino absoluto de no oponer resistencia en nada.

[Después de hablar de más detalles sobre la familia de origen de la señora Monahan, el entrevistador anuncia que tendrá que terminar la sesión. Siguen unos minutos para concluir y arreglar una cita con el padre de Ernest en la siguiente sesión la próxima semana].

En el curso futuro de esta evaluación, tendrán que tomarse decisiones acerca de qué evaluación será necesaria, a quién incluirá y cuándo tendrá lugar. ¿Es necesario un tratamiento? ¿De quién? ¿De qué clase? ¿Con qué profesional(es)?

¿Cuáles serán sus metas? ¿Cuántas sesiones? ¿Durante cuánto tiempo?

Notas

¹ *Nota del traductor.* Mononucleosis infecciosa.



Capítulo 10

El informe escrito

El informe escrito constituye el medio estándar para comunicar los hallazgos de la investigación de salud mental a otros profesionales, compañías aseguradoras, familiares y, a veces, a los propios pacientes. Un informe ofrece al clínico la oportunidad de organizar el material acerca de un paciente en una narración lógica que presente de manera concisa toda la evidencia reunida hasta el momento y da sustento al diagnóstico más probable. Aunque hay muchos formatos posibles para el informe escrito, años de experiencia y tradición respaldan el que aquí se presenta. Se ilustra cada parte del informe escrito con extractos tomados de todo el material disponible sobre Casey, cuya entrevista se presentó en el capítulo 8.

Desde luego, este esquema representa sólo una de tantas formas para redactar un informe de evaluación. Se basa, casi en su totalidad, en el enfoque categórico del diagnóstico propuesto en el DSM-5, que divide los trastornos en grupos con base en signos y síntomas discretos que se determinan en el curso de la evaluación. Otros sistemas diagnósticos miden grados de variabilidad; por lo tanto, los pacientes no son divididos en categorías, sino medidos en distintas dimensiones. El DSM-5 permite hacer algunas valoraciones dimensionales, como cuando pide un número que corresponda a una evaluación general del funcionamiento global, y en la valoración de la gravedad de los trastornos del estado de ánimo, discapacidad intelectual y algunos otros trastornos. Sin embargo, algunos diagnósticos describen características conductuales y emocionales como puntos de un continuo, en vez de asignar a un paciente –niño, adolescente o adulto– a un compartimento.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Una o dos oraciones breves de datos de identificación brindan la descripción que el lector necesita para formarse una imagen mental del paciente. Incluyen género, raza, ocupación, religión, estado civil (en el caso de adolescentes tardíos o jóvenes adultos), y cualquier otra información que sea relevante. Con frecuencia se incluyen experiencias previas de tratamiento de salud mental, al igual que algún juicio sobre la calidad de la

información proporcionada por los informantes (esto es de especial utilidad si la confiabilidad parece baja).

Ésta es la segunda evaluación de salud mental como paciente interno de Casey P., de 14 años que cursa el tercer grado de secundaria, enviado por el Dr. Z., su terapeuta en consulta externa. Casey y su madre son los principales informantes. Primero, fueron entrevistados de manera independiente y, luego, juntos en una breve sesión. Se considera que la señora P. es confiable y buena observadora; Casey tuvo poca disposición para colaborar, pero la información que proporcionó parece precisa.

MOTIVO DE CONSULTA

En el caso de un adolescente mayor, el motivo de consulta es la razón enunciada por el paciente para entrar al tratamiento. En el caso de un niño o un adolescente temprano, por lo general, es lo que declara el informante principal. En cualquier caso, se suele registrar como una cita directa, pero si la declaración es compleja, larga o vaga, casi siempre es mejor resumirla. Registrar el motivo de consulta del paciente y de los padres, a veces, puede ser útil para demostrar las diferentes perspectivas del problema.

La madre de Casey dice, “Él cambió apenas el año pasado. Quiero que esté bien”. Casey informa, “Yo sólo quiero salir de aquí”.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El objetivo principal de cualquier informe (la historia de la enfermedad actual) es un recuento cronológico de la razón o razones que tiene el paciente para acudir al tratamiento. Con frecuencia, empieza con una declaración como “El paciente estuvo bien hasta la edad de 7 años, cuando sufrió el primer [episodio de...]”. Sin embargo, en el caso de un trastorno que ha estado presente desde el nacimiento, como discapacidad intelectual o parálisis cerebral, la historia podría empezar con un recuento de la salud de la madre durante el embarazo o de cualquier problema en el parto o en el periodo posnatal.

Muchas historias de vida, incluso las de niños pequeños, contienen hilos múltiples que se deben desenredar. A veces, esto significa presentar un tema a la vez –por ejemplo, un párrafo dedicado a los problemas de conducta, otro a las discapacidades de aprendizaje. Por otro lado, el material menos relevante se puede reservar para secciones posteriores del informe. Sin importar el enfoque, la historia de la enfermedad actual debe exponer todos los datos positivos pertinentes que ayuden a dar sustento al (“mejor”) diagnóstico preferido, así como cualquier dato pertinente negativo que ayude a refutar los diagnósticos incorrectos o menos probables. Todo esto se debe presentar de la manera más sucinta posible, con un lenguaje libre de tecnicismos, empezando con los primeros síntomas y pasando de manera fluida a lo que motivó la presente evaluación.

Siempre, desde que empezaba a caminar, Casey ha tenido problemas conductuales. Demasiado activo desde muy temprana edad, se distraía y tenía periodos de atención cortos en la escuela. Durante su infancia, era insolente con sus padres y hacía muchos berrinches; desde los 11 años de edad, escapó de casa en las noches al menos en cuatro ocasiones. A su regreso, nunca decía dónde se había quedado, pero al menos una vez fue tratado por el médico de la familia por una enfermedad de transmisión sexual.

Su madre pensó que, por un tiempo, parecía haber una cualidad cíclica en sus estados de ánimo y conducta, en los que Casey se comportaba mucho mejor durante la primavera. Sin embargo, el año pasado no hubo un patrón discernible, y su conducta cada vez fue peor. Las oscilaciones a la baja de su estado de ánimo duran sólo unos días e incluyen sentimientos de depresión, así como cierta dificultad para dormir (insomnio inicial y a intervalos), pero no ha manifestado ideas suicidas.

Cuando estuvo en el primer grado escolar, Casey fue tratado por hiperactividad. Viejos expedientes escolares indican que, con frecuencia, hablaba en clase, respondía preguntas “antes de que se las hicieran,” interrumpía a los maestros y a otros niños y se levantaba de su asiento. Incluso su madre notó que no paraba de moverse y tenía problemas para jugar en calma. No obstante, debido a que es brillante y a que su padre ingeniero lo ayudó con su tarea, nunca reprobó ningún grado escolar y, actualmente, está en tercer año en la secundaria C. Respondió bien a la Dexedrina, que tomó de los 6 a los 13 años, y dejó de tomarla hace un año, porque había perdido su eficacia. En ese tiempo, su hiperactividad en clase había disminuido al grado de que ya no se justificaba que siguiera bajo tratamiento con medicamentos.

En días recientes, Casey ha tomado Zoloft (150 mg/día) y litio (900 mg/día). Además de la Dexedrina, antes había intentado con Wellbutrin, Norpramin, Tofranil, Catapres, Mellaril, Tegretol, Depakote y Ritalín. Los últimos dos fármacos aumentaron su nivel de violencia, y los otros lo sedaban en exceso o simplemente no le producían ningún efecto beneficioso. Ha tenido dos ataques descritos como de

carácter epiléptico, una vez en el segundo grado y otra vez en primero de secundaria. El estudio de los ataques, según se dice, ha detectado lentitud no localizada, no específica en su electrocardiograma (ECG); el IMR resultó negativo.

En los último 6 u 8 meses, los problemas de conducta de Casey han aumentado. Primero, empezó a faltar a la escuela; ahora, no deja de maldecir a sus maestros. En días recientes, fue arrestado por allanamiento de morada y se encuentra en libertad condicional. En al menos dos ocasiones, ha atacado o amenazado con matar a su padre. La hospitalización actual se debe a que respondió a lo que sintió como cantidades irrazonables de tarea escupiendo a su maestra y amenazando al director.

ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES

En uno o dos párrafos, relata los detalles del nacimiento del paciente, sus logros de desarrollo, su vida escolar (incluyendo problemas de disciplina y académicos), su salud física, su vida social y con amigos, pasatiempos e intereses, y (cuando sea el caso) noviazgos y vida sexual. Otros factores relevantes en la vida del paciente pueden ser la adopción, separación de los padres o divorcio, condiciones de vida como custodia compartida u horarios de visita. Se puede omitir la información sobre consumo de sustancias (drogas, alcohol, tabaco) en la medida en que se haya abordado este tema en la historia de la enfermedad actual.

La madre de Casey tenía 37 años cuando él nació en D., Delaware. Ella es europeo-americana; el padre de Casey es afroamericano. Cursó un año de universidad, luego se salió para ganarse el sustento. Él terminó los estudios universitarios y ahora tiene un puesto como ingeniero en electrónica. Se casaron cuando tenían alrededor de 25 años, y decidieron esperar para tener hijos hasta tener una situación económica estable. Durante el embarazo, la salud emocional de la Sra. P. fue buena. Al nacer, Casey pesó 3.28 kg y midió 53 cm. Se quedó en el hospital varios días debido a ictericia, pero no fue necesario que le hicieran transfusión. Sus logros de desarrollo se presentaron en las edades esperadas. Se sentó a los 6 meses, caminó a los 15 y empezó a decir palabras a los 16. Sus habilidades motrices finas parecían torpes: con frecuencia, tiraba objetos y tropezaba. Entró a una guardería a las 6 semanas y ahí continuó hasta cumplidos los 3 años, cuando la Sra. P dejó su trabajo. La hermana nació cuando Casey tenía 2 años; 3 años después, la familia se mudó al oeste y desde entonces han vivido en California.

Casey empezó a consumir alcohol cuando tenía 12 años, y ha tenido algunas dificultades con él desde entonces. Sin embargo, nunca ha tenido síntomas de

ningún trastorno relacionado con sustancias. Aunque fumó algunos cigarrillos el año pasado, no ha presentado síntomas de trastornos relacionados con el tabaco.

Aunque Casey puede cooperar en una situación de uno a uno, en contextos grupales es difícil manejarlo, pues presume y manifiesta talentos de liderazgo negativo. A menudo pone a prueba los límites y ofende con facilidad a sus pares mediante comentarios intencionalmente provocativos y groseros.

HISTORIA DE LA FAMILIA

Los trastornos de miembros cercanos y lejanos de la familia, a través de medios biológicos o ambientales (o ambos) pueden influir en el desarrollo del paciente. También debe describirse cualquier característica de personalidad o temperamento en los miembros de la familia nuclear del paciente.

Hace aproximadamente cuatro años, la Sra. P tuvo un periodo de depresión de varios meses, por lo que se le recetó Prozac. Nunca se ha diagnosticado un trastorno mental al padre de Casey. No hay historia de consumo de sustancias en la familia, excepto por el abuelo materno, quien fue un gran bebedor hasta hace 25 años, cuando entró a Alcohólicos Anónimos.

HISTORIA MÉDICA

La historia médica tradicional incluye vacunas, enfermedades en la infancia, enfermedades importantes, operaciones, hospitalizaciones, medicamentos y alergias. Cuando sea pertinente, la revisión médica de los sistemas incluye cualquier respuesta positiva a cuestiones del pasado y del presente, y relacionada con los órganos de los sistemas corporales.

Aparte del evidente trastorno, la salud física de Casey ha sido buena. No ha sido operado ni hospitalizado por problemas de salud mental. Sólo toma los medicamentos arriba mencionados, y sus vacunas, no ha presentado alergias. Tuvo cuidados pediátricos, y las vacunas están actualizadas. No se encontraron anomalías en el examen médico.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

En casos de adultos, adolescentes y muchos niños, el informe del examen del estado mental incluye la apariencia, habla y lenguaje, actividad motriz, capacidades sensoriales, afecto y estado de ánimo, pensamiento, inteligencia, atención, orientación y relación con el examinador. Desde luego, el énfasis varía dependiendo de la edad del paciente y su etapa de desarrollo. En el caso de adolescentes, la información también varía un poco respecto de los adultos; en el caso de los niños preverbales, las diferencias son notables. En la mayoría de los casos de niños, la tabla 1-1 ofrece una guía satisfactoria, mientras que el material de la tabla 3-1 brinda una guía de las conductas esperadas en distintas etapas de desarrollo.

Casey es un joven de 14 años de edad, de origen interracial, de complexión delgada y estatura baja para su edad, pero se ve bien nutrido. Vestía de manera casual unos *jeans* anchos, sudadera con la capucha levantada, llamativa y unos zapatos deportivos de marca. Al principio, su actividad psicomotriz era un poco lenta, pero a medida que avanzó la sesión, se hizo más rápida.

Por momentos, mostraba cierta irritabilidad, pero su estado de ánimo predominante fue de depresión leve a moderada y un rango un poco restringido de afectos. En todo momento, su estado de ánimo era acorde con el contenido de su pensamiento. Varias veces en la sesión inicial y en las subsiguientes estuvo lloroso.

Aunque el ritmo de habla de Casey era normal, pero con un tono y volumen apagados; sólo en algunas ocasiones hizo comentarios espontáneos. Su discurso fue pertinente y coherente. El contenido de su pensamiento se relacionaba en gran medida con su deseo de ser dado de alta del hospital, y con la sensación de que había sido culpado injustamente de sus recientes problemas con sus maestros y sus padres.

Casey estaba bien orientado en tiempo, lugar y persona. A pesar del hecho de que había tenido cierta dificultad para recordar las tres palabras de la lista después de 5 minutos, su memoria no presentaba afectaciones, porque hizo un esfuerzo mínimo. Pudo deletrear en orden inverso la palabra *world*, pero su interpretación de los dichos fue concreta.

Casi no se percataba de lo difícil que resultaba para las demás personas tolerar su conducta, aunque él parecía entender en un nivel básico que su propia conducta era responsable de que estuviera hospitalizado. Su historia reciente revela un juicio sumamente pobre, aunque dijo que “esperaba” comportarse de un modo diferente si

se le daba otra oportunidad.

FORMULACIÓN

La formulación del caso busca sintetizar todo lo que el clínico sabe del paciente – síntomas, historia médica, situación de vivienda y ambiental actual, historia de la familia, examen del estado mental y cualquier otro aspecto que ayude a predecir el futuro¹— a partir de las entrevistas, informes escolares, informes previos de salud mental. Aunque se han usado diversos formatos, se recomiendan dos que son sencillos, pero abarcan los aspectos importantes de la historia y la presentación del niño. Lo más importante es que la formulación sea breve. A continuación, se presentan las secciones relevantes y, luego, un ejemplo basado en la historia de Casey.

La formulación clásica

- 1. Breve replanteamiento del material.** Aquí se redactan algunos datos de la ficha de identificación y un resumen del material esencial de los síntomas y el curso de la enfermedad, junto con lo más importante del estado mental.
- 2. Diagnóstico diferencial.** Se listan todos los diagnósticos posibles que se deben considerar antes de iniciar el tratamiento. Aunque todos los diagnósticos (incluso los de probabilidades más remotas) se deben incluir, es obvio que algunos tienen mayor probabilidad que otros. Al principio de la lista, aparecen los que, debido a su nivel de peligro (por ejemplo, los trastornos cognitivos) o la facilidad de su tratamiento (como los trastornos del estado de ánimo), son más urgentes de dar tratamiento o de descartar. Una formulación detallada incluye argumentos a favor y en contra de cada diagnóstico que aparece en la lista. Asegurarse de incluir todos los diagnósticos que sugieren que la dificultad puede no radicar en el paciente identificado, sino en la familia o en el ambiente social más amplio del paciente.
- 3. Mejor diagnóstico.** Éste es el diagnóstico que, sin importar su lugar en la lista diferencial, se considera que es el más probable.
- 4. Factores que contribuyen.** Aquí se describe cómo los diversos factores hereditarios y ambientales propician el desarrollo de los problemas principales del paciente. Especifica los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al problema; éste es el *modelo biopsicosocial*. Dependiendo de la disponibilidad de material, esta sección puede ser muy corta, a veces, de una sola oración. Aquí se deben incluir las

fortalezas significativas y el uso de los mecanismos de afrontamiento (defensa).

5. **Información adicional necesaria.** ¿Qué registros, entrevistas o pruebas podrían confirmar un diagnóstico?
6. **Plan de tratamiento.** El plan de tratamiento debe incluir métodos biológicos, psicológicos y sociales.
7. **Pronóstico.** Con base en estudios, hasta donde sea posible, sistemáticos, aleatorizados, controlados de seguimiento sobre tratamientos para pacientes similares, esta última sección debe planear el probable resultado del paciente.

Formulación de las 4 P

Una alternativa para la formulación tradicional biopsicosocial es la de las **cuatro P**: aquellos factores que consideras que **predisponen, precipitan, perpetúan y protegen**, dados los síntomas actuales del paciente y el diagnóstico más probable. Dependiendo de la disponibilidad de material, esta sección puede ser muy corta, tal vez de sólo una o dos oraciones por cada una de las cuatro partes. La expresión de las fortalezas significativas y del uso de los mecanismos de afrontamiento (defensa) es de evidente valor aquí. Se ha incluido una referencia a las cuatro P en el apéndice 1.

Formulación clásica del caso de Casey P

Los números entre corchetes normalmente no aparecen en una formulación escrita; se incluyeron como una guía.

[1] Casey es un niño de 14 años de edad, de padres de distintas razas, que fue hiperactivo durante su infancia temprana y ha desafiado y discutido de manera constante con adultos, culpado a los demás y perdido los estribos. En los últimos meses, ha consumido alcohol y tabaco, aunque no ha mostrado problemas característicos de un trastorno relacionado con sustancias. Ha tenido conflictos físicos con su padre, un maestro y pares. Hace poco fue arrestado por allanamiento de morada, y admite al menos un episodio de conducta delictiva. Aunque su EEG se encontró ligeramente anormal y él tuvo dos ataques, no ha tenido ataques recientes.

[2] Diagnóstico diferencial.

- Trastorno depresivo debido a trastorno de ataques.
- Trastorno depresivo inducido por alcohol.
- Descartar trastorno depresivo mayor.
- Posible trastorno bipolar II, episodio depresivo.

- Trastorno depresivo no especificado.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (por su historia).
- Historia de consumo excesivo de alcohol.
- Descartar trastorno conducta.

[3] Diagnóstico más probable: trastorno negativista desafiante en un niño que claramente tuvo trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuando fue más pequeño. A pesar de los diversos síntomas de depresión de acuerdo con su historia, ahora no se puede diagnosticar un trastorno del estado de ánimo definido.

[4] Los factores biológicos que contribuyen son un trastorno depresivo (no especificado) en su madre y una historia de evidente trastorno relacionado con el alcohol en su abuelo. Los factores psicológicos incluyen las reacciones parentales a la propia violencia de Casey en casa, mientras que los factores sociales son un arresto y la libertad condicional por allanamiento de morada. No ha habido factores precipitantes obvios. Su inteligencia por encima del promedio constituye una fortaleza personal significativa.

[5] Se debe obtener del padre de Casey información adicional, pues él ha contribuido sólo de manera indirecta con los datos; también se requiere explorar la experiencia sexual de Casey directamente con él; también se recomienda hacer una valoración neurológica tomando en cuenta su EEG anormal.

[6] El tratamiento se enfocará en a) tratar la depresión y prevenir ataques mediante medicamentos, b) psicoterapia individual breve, posiblemente cognitivo-conductual, para ayudar a Casey a identificar el origen de su enojo contra los adultos y explorar otras respuestas individuales, y c) hablar con los maestros para determinar si la escuela en que se encuentra es la mejor, incluso después de varios cambios.

[7] El pronóstico podría ser bastante bueno si se puede encontrar y tratar una base biológica para sus síntomas afectivos. Sin embargo, si su espiral descendiente actual, que lo lleva del TDAH al trastorno negativista desafiante, continúa y se convierte en un trastorno de conducta y algo más, es preocupante la posibilidad de que se presente un trastorno de la personalidad antisocial.

El siguiente es un diagnóstico preliminar de Casey P (un resumen diagnóstico similar se presenta por cada viñeta que aparece en la parte II):

F91.3 Trastorno negativista desafiante, grave.

F90.1 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominante hiperactiva/impulsiva, en remisión parcial.

F32.9 Trastorno depresivo no especificado.
R56.9 Trastorno de ataques no especificado.
CGAS 55 (en el momento de su ingreso).
CGAS 65 (en el momento de su alta).

Formulación de las cuatro P y plan de intervención para Casey P

Fórmula

Casey es un niño de 14 años de edad, de padres de distintas razas, que fue hiperactivo durante su infancia temprana y ha desafiado y discutido de manera constante con adultos, culpado a los demás y perdido los estribos. En los últimos meses, ha consumido alcohol y tabaco, aunque no ha mostrado problemas característicos de un trastorno relacionado con sustancias. Ha tenido conflictos físicos con su padre, un maestro y pares. Hace poco fue arrestado por allanamiento de morada, y admite al menos un episodio de conducta delictiva. Aunque su EEG se encontró ligeramente anormal y él tuvo dos ataques, no ha tenido ataques recientes. El diagnóstico más probable es el trastorno negativista desafiante en un niño que claramente tuvo trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuando fue más pequeño. A pesar de los diversos síntomas de depresión de acuerdo con su historia, ahora no se puede diagnosticar un trastorno del estado de ánimo definido.

Factores que predisponen

La madre estuvo deprimida hace varios años, y su abuelo, según parece, abusó del alcohol; ellos dos pudieron contribuir a la carga genética de las dificultades de Casey. La contribución psicológica incluye las reacciones de los padres a la propia violencia de su hijo en casa. Su madre afirmó que él y su padre han tenido numerosos altercados por el comportamiento de Casey, y este último usó una disciplina severa cuando el niño era más pequeño. Los factores sociales incluyen un arresto y libertad condicional por allanamiento de morada.

Factores precipitantes

La historia obtenida de su madre reveló que los problemas de Casey de sentir que los maestros tienen algo contra él y las conductas difíciles en la escuela estaban relacionados con la mudanza de la familia, de Delaware a su domicilio actual. Su sensación de soledad y tristeza parecen haber fluctuado desde esa época, lo cual implica estrés familiar centrado en la mudanza y una adaptación pobre al nuevo lugar. El mal humor inicial de Casey se explica por una pelea verbal que tuvo justo antes de la entrevista.

Factores que perpetúan

La situación escolar previa de Casey (la misma maestra por seis años, luego el cambio a la secundaria) podría haber causado y perpetuado sus dificultades actuales. Otros factores que perpetúan los problemas son la relación hostil con su padre y la influencia de su grupo de pares, así como un trastorno de ataques no especificado, la libertad condicional del sistema de justicia para menores, y (más recientemente) su estancia como paciente interno.

Factores de protección

En su actitud hacia su hermana, Casey muestra capacidad de empatía; además, puede relacionarse de manera afectuosa con los animales. (También fue capaz de animarse con el examinador, con quien desarrolló una relación de trabajo significativa). Su familia está intacta; su padre parece tener un trabajo estable; y su situación de vivienda es estable (aunque a su madre y a su hermana les gustaría regresar al lugar donde Casey nació). Él cuenta con el apoyo de su madre, quien lo recoge de la escuela y, según parece, tiene tiempo para dedicar a cubrir las necesidades de su hijo. Y Casey tiene amigos, quizá no los que a sus padres les gustaría (aunque no son pandilleros), pero no es un solitario.

Plan de intervención

Abordar los factores que predisponen

Investigar más la posibilidad de un nacimiento prematuro, complicaciones en el nacimiento o problemas de desarrollo tempranos (como infecciones del sistema nervioso central y traumatismos en la cabeza).

Aplicar pruebas psicológicas y realizar más entrevistas para evaluar la posibilidad de que Casey necesite tratamiento para sus síntomas de depresión (aunque en este momento no cumple con los criterios de trastorno depresivo mayor).

Abordar los factores precipitantes

Explorar la posibilidad de que la discriminación racial en la escuela sea un factor que lleva a Casey a presentar conductas antisociales.

Considerar una psicoterapia como el entrenamiento en manejo del enojo para abordar el problema de su iracundia.

Abordar los factores que perpetúan

Explorar las situaciones estresantes, los conflictos y la dinámica de la familia de Casey.

Evaluar sus relaciones con los “chicos de su barrio”.

Ayudar a los padres a moldear sus respuestas ante las explosiones de Casey y otros problemas de conducta (robar, hurtar de las tiendas a una edad temprana, no entrar a la

escuela, pelear).

Trabajar con los maestros y consejeros de su nueva escuela que sean más agradables para Casey que su escuela anterior, con el fin de facilitar respuestas conductuales más apropiadas cuando sienta frustración.

Hablar con su médico para determinar si el control de su trastorno de ataques es el mejor.

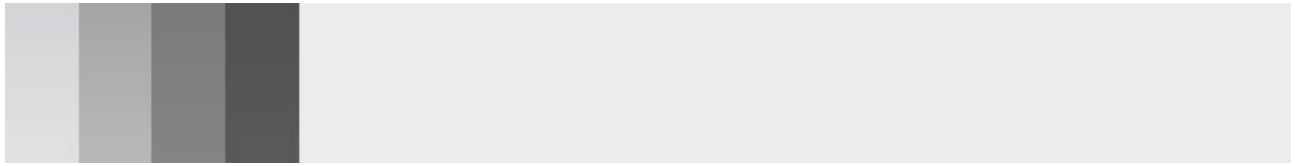
Abordar los factores de protección

Retomar los sentimientos de Casey hacia su hermana y hacia los animales para hacer que se relacione positivamente con otras personas y participe en actividades que hagan satisfactoria su vida.

Apoyar a sus padres para que contribuyan a la rehabilitación de Casey en cuanto al consumo de drogas y alcohol.

Notas

¹ Algunos clínicos también intentan formular la dinámica de los problemas clínicos.



Parte II

Diagnósticos del DSM-5 aplicables a niños y adolescentes



Capítulo 11

Trastornos del neurodesarrollo

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

En esta Guía rápida (y en todas las de la parte II), el número de página que sigue a cada trastorno indica dónde empieza su discusión en este libro. La Guía rápida de cada capítulo también incluye padecimientos que, en realidad, se presentan en otros capítulos.

Discapacidades intelectuales y autismo

Discapacidad intelectual. Por lo general, comienza en la infancia; este trastorno implica inteligencia baja que ocasiona que las personas necesiten ayuda especial para hacer frente a la vida.

Funcionamiento intelectual límite. Esta categoría (código R) se usa para personas que nominalmente tienen puntuaciones de CI entre 71 y 84 y no presentan problemas para hacer frente a la vida asociados con la discapacidad intelectual.

Trastorno global del desarrollo. Este diagnóstico se usa cuando un niño menor de 5 años de edad parece quedarse atrás en términos de desarrollo, pero no se puede evaluar de manera confiable el grado del retraso.

Discapacidad intelectual no especificada. Esta categoría se usa cuando un niño menor de 5 años de edad o mayor no se puede evaluar de manera confiable, tal vez debido a un deterioro físico o mental.

Trastorno del espectro autista. Desde la infancia temprana, el paciente tiene una comunicación e interacciones sociales deterioradas, y muestra conductas e intereses estereotipados.

Trastornos de la comunicación y el aprendizaje

Trastorno del lenguaje. El retraso del niño para usar el lenguaje hablado y escrito se caracteriza por un vocabulario reducido, problemas para formular oraciones y dificultad para expresar sus ideas en forma de oraciones.

Trastorno de la comunicación social (pragmático). A pesar de contar con un vocabulario adecuado y la capacidad para crear oraciones, estos pacientes tienen dificultades para usar el lenguaje en contextos sociales; sus interacciones conversacionales tienden a ser inexactas e inapropiadas.

Trastorno fonológico. El paciente tiene problemas para producir los sonidos necesarios para comunicarse a través del habla.

Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). La fluidez normal del habla se interrumpe con frecuencia.

Trastorno de la comunicación no especificado. Se usa cuando existen problemas en la comunicación, pero no se dispone de información suficiente para hacer un diagnóstico específico.

Mutismo selectivo. El niño elige no hablar, excepto cuando está solo o con personas selectas muy cercanas. El DSM-5 lo incluye en la categoría de los trastornos de ansiedad.

Trastorno específico del aprendizaje. El paciente tiene problemas importantes con [la lectura](#), [las matemáticas](#) o [la expresión escrita](#).

Problema académico o educativo. Este código Z se usa cuando un problema escolar (diferentes de los trastornos del aprendizaje) es el aspecto central del tratamiento.

Trastorno del desarrollo de la coordinación. El paciente es lento para desarrollar la coordinación motriz; también tiene un trastorno del aprendizaje o TDAH.

Trastorno de movimientos estereotipados. Sin una causa evidente, los pacientes se mecen, pegan con la cabeza, se muerden, se tambalean o golpean las manos.

Trastorno de Gilles la Tourette. Múltiples tics vocales o motores se presentan con frecuencia a lo largo de todo el día en estos pacientes.

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico). El paciente tiene tics motores o vocales, pero no ambos.

Trastorno de tics transitorio. Los tics se presentan por no más de 1 año.

Otro trastorno de tics especificado, o no especificado. Se usa una de estas categorías en caso de que se presenten tics que no cumplan con los criterios de alguno de los anteriores trastornos.

Trastornos por déficit de atención y de conductas disruptivas

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En este padecimiento común, casi siempre abreviado como TDAH, los pacientes son hiperactivos, impulsivos o con dificultades de atención y, a menudo, reúnen las tres características.

Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado, o no especificado. Se usa una de estas categorías cuando hay síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención que no cumplen con los criterios del TDAH.

Trastorno negativista desafiante. Múltiples ejemplos de conductas negativistas persisten al menos durante 6 meses. El DSM-5 agrupa éste y el trastorno de la conducta con los trastornos de control de impulsos.

Trastorno de la conducta. El niño viola de manera persistente las reglas o los derechos de los demás.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Entre explosiones intensas de enojo, el estado de ánimo del niño es negativo de manera persistente.

Trastornos de la alimentación, el sueño y la excreción

Pica. El paciente come materiales que no son alimentos.

Trastorno de rumiación. Hay una regurgitación persistente y masticación de alimentos ya ingeridos.

Encopresis. A la edad de 4 años o más, el paciente en repetidas ocasiones defeca en la ropa o en el piso.

Enuresis. A la edad de 5 años o más, hay una repetida evacuación de la orina (puede ser voluntaria o involuntaria) en la cama o en la ropa.

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos. Durante la primera parte de la noche, estos pacientes gritan por un temor evidente. A menudo, no se despiertan para nada. Esta conducta se considera patológica sólo en adultos, no en niños.

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo. Sin despertar, el paciente se levanta y camina; esta conducta se puede interrumpir sólo con dificultades.

Otros trastornos o padecimientos que inician en el periodo de desarrollo

Problemas de relación entre padres e hijos. Este código Z se usa cuando no hay un trastorno mental, pero un niño y sus padres tienen problemas para llevarse bien (por ejemplo, sobreprotección o disciplina inconstante).

Problema de relación con los hermanos. Este código Z se usa en caso de dificultades entre los hermanos.

Problemas relacionados con el maltrato y la negligencia. Diversos códigos Z y otros códigos se usan para categorizar

dificultades que surgen de la negligencia, el maltrato físico o el abuso sexual de niños.

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente se pone ansioso cuando está separado de sus padres o de su casa.

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años y menores. Los niños reviven de manera constante un evento sumamente traumático, como accidentes automovilísticos, desastres naturales o la guerra.

Disforia de género en niños. El niño varón o la niña sienten malestar, porque las sensaciones del género de nacimiento y del género personal son incompatibles entre sí.

Trastorno de apego reactivo. Hay evidencia de un cuidado patológico en un niño que habitualmente no busca consuelo de sus padres o sustitutos.

Trastorno de relación social desinhibida. Hay evidencia de un cuidado patológico en un niño que no muestra la reticencia normal en la compañía de extraños.

Trastorno facticio aplicado a otro. Un cuidador induce síntomas en alguien más, por lo general el niño, sin la intención de obtener ganancias materiales.

Otro trastorno del neurodesarrollo especificado, o no especificado. Estas categorías en que todo cabe abarcan trastornos mentales que empiezan en las primeras etapas de la vida, pero que no cumplen con todas las descripciones establecidas de los trastornos arriba descritos.

DISCAPACIDADES INTELECTUALES

Discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad intelectual (DI), antes llamada retardo mental, tienen dificultades en el funcionamiento intelectual, lo cual significa que tienen problemas con actividades como hacer planes, formular juicios sensatos, razonar, pensar de manera abstracta y resolver problemas. El grado de estas dificultades equivale aproximadamente al cociente intelectual (CI) de una escala completa menor de 70, aunque el CI por sí mismo ya no es un criterio para hacer este diagnóstico.

En su lugar, el diagnóstico requiere de dificultades en el funcionamiento adaptativo, que se divide en tres áreas:

- *Conceptual.* Incluye funcionamiento ejecutivo, razonamiento, memoria y habilidades académicas.
- *Social.* Comprende las relaciones interpersonales, regulación emocional, comunicación, empatía y juicio social.
- *Práctico.* Se refiere a la capacidad correspondiente a la edad para realizar actividades

de la vida diaria, organizar tareas y elegir las actividades recreativas adecuadas.

Estos problemas no son resultado de un suceso traumático ni de una enfermedad médica nueva, y se deben presentar en los primeros años del desarrollo del paciente. Los déficits en el funcionamiento adaptativo también deben estar presentes al menos en dos de los tres distintos escenarios: escuela, hogar y comunidad. El DSM-5 lista criterios específicos para determinar el nivel de gravedad (leve, moderado, grave, profundo); se describirán en el apartado de Características esenciales más adelante (>>>).

El éxito del paciente en el afrontamiento puede mejorar (o reducirse) por efecto de la educación, entrenamiento, motivación, personalidad y apoyo de los miembros de la familia y otras figuras importantes: amigos y cuidadores. Dependiendo del nivel de gravedad de la DI, muchos de estos niños pueden tener vidas productivas y satisfactorias. Aunque empiecen por detrás de sus pares, la mayoría experimenta un arco de desarrollo ascendente, aunque sea lento. Señalar esto a las familias y a los pacientes ayuda a poner los miedos y esperanzas en perspectiva.

Además del deterioro cognitivo funcional, los niños con DI presentan otras conductas problemáticas como agresión, dependencia, impulsividad, pasividad, autolesiones, terquedad y poca tolerancia a la frustración. Se ha observado cortos periodos de atención e hiperactividad, al igual que síntomas relacionados con el estado de ánimo como depresión y baja autoestima. Entre uno y dos tercios de los individuos con DI presenta otros trastornos mentales diagnosticables. No es claro si estos síntomas conductuales y emocionales son primordialmente consecuencia del síndrome de DI o se deben a la interacción entre el desarrollo cognitivo y los factores estresantes ambientales, por ejemplo, problemas provocados por el intento de cumplir con las expectativas del desarrollo de familiares o amigos.

Entre las causas de la DI se encuentran anomalías genéticas, daño cerebral estructural, errores metabólicos congénitos, exposición a tóxicos (por ejemplo, exposición al plomo y el síndrome de alcoholismo fetal), y enfermedad infecciosa infantil (véase tabla 11-1). Algunos individuos presentan más de una causa; en casi una tercera parte, no se puede identificar ninguna. Cuando no se encuentra ninguna causa, es importante dar apoyo a los familiares que, temerosos de ser culpables, buscan desesperadamente una explicación. Cuando se informe a los familiares, se debe tomar en cuenta su proceso de duelo, expresado o no expresado, ya que no tienen el niño que soñaron tener.

Tabla 11-1. Causas comunes de la discapacidad intelectual		
<i>Etiología sospechada</i>	<i>% del total</i>	<i>Ejemplos</i>
Embarazo temprano	40	Síndrome de Down, infecciones maternas, consumo materno de sustancias (síndrome de alcoholismo fetal)
Embarazo posterior y periodo	10	Anoxia, trauma en el nacimiento, desnutrición fetal, nacimiento prematuro

perinatal		
Ambiente y trastornos mentales	10	Privaciones culturales, esquizofrenia de inicio temprano
Padecimientos hereditarios	5	Síndrome del X frágil, esclerosis tuberculosa, enfermedad de Tay-Sachs
Padecimientos físicos adquiridos	5	Anoxia (como casi ahogarse), infecciones, envenenamiento por plomo, traumatismo
Desconocido	30	

La DI afecta a aproximadamente 1% de la población general. Por razones que no son claras (y aún son objeto de debate), los hombres predominan en una proporción de 3:2. Cerca de 85% de los individuos con DI sufre una afección leve (su CI se encuentra en el rango de 50 a 70); por lo común, alcanzan las habilidades académicas, al menos, de sexto grado. Son más lentos en los trabajos escolares, por lo que se benefician de un tutor para mejorar su educación formal. Pueden aprender a leer por placer, utilizar computadoras y tener amigos y parejas íntimas. Con el apoyo de la familia y de otras instancias, muchos consiguen trabajo y tienen una vida más o menos independiente en la comunidad.

Cuando aún son jóvenes, los individuos con una afectación moderada (CI entre 45 y 55), que constituyen 10% de la población con DI, suelen aprender a hablar suficientemente bien para comunicar sus necesidades básicas; algunos son capaces de sostener conversaciones sencillas. Aunque aprenden habilidades sociales, laborales y de autocuidado, y pueden trabajar en talleres protegidos, es muy probable que nunca tengan una vida independiente.

Otro 5% de los pacientes con DI tienen una afección grave (CI en el rango de 20 a 40). Pueden aprender a hablar, a realizar trabajos sencillos con la supervisión apropiada e incluso leen algunas palabras. Los individuos con las afectaciones más graves (con una DI profunda) constituyen el 1 o 2% de todos los pacientes.

Mel

Mel era un niño de 10 años de edad cuando fue llevado a la clínica de salud mental para ser evaluado. La madre sustituta en el hogar en que él había vivido durante los últimos 4 meses enunció el motivo de consulta: Mel se había exhibido a otros niños en la escuela.

La madre biológica de Mel tenía sólo 18 años cuando él nació; él y su hermano gemelo fueron su cuarto y quinto bebé. Aunque recibió cuidados parentales, es probable que consumiera cocaína en gran parte de su embarazo. Mel y su hermano pesaron menos de 2.3 kg al nacer; sin embargo, la ictericia de Mel requirió de fototerapia antes de que fuera dado de alta del hospital. Tres meses después, regresó porque sufría episodios que, por un tiempo, fueron tratados con fenobarbital.

Hasta cumplir su primer año de vida, Mel vivió con su madre; después, ella prestó mayor atención a su hábito de consumir crac que a Mel y a sus hermanos. De acuerdo con los registros, a los 7 meses, Mel aún no podía mantenerse por sí solo en posición de sentado cuando lo sentaban, y no respondía a los sonidos con un estado de alerta del modo en que su hermano gemelo sí lo hacía. En su primer año de vida, tres veces estuvo hospitalizado: una, porque dejó de respirar, y las otras dos, porque tuvo ataques. Al ser dado de alta por tercera vez, fue a su primero de muchos hogares sustitutos, varios de los cuales al cabo del tiempo lo rechazaron por su lento desarrollo.

La madre sustituta con la que Mel vivió por más tiempo –desde los 6 hasta poco antes de cumplir 8– había notado la lentitud con que aprendía incluso los rudimentos del autocuidado, como atar sus agujetas y cepillarse los dientes. En la clínica de orientación infantil, él obtuvo un CI de 71 en WISC-R con puntuaciones idénticas en la Escala Verbal y en la Escala de Ejecución. Cuando comenzó el primer grado escolar a la edad de 6 años, 8 meses, comenzó con el mismo nivel que la mayoría de sus compañeros, pero pronto se rezagó. Después, asistió a clases de educación especial.

A lo largo de la escuela, los maestros de educación especial de Mel consideraron que su progreso era adecuado, aunque nada sobresaliente, para su nivel de desarrollo. Aunque a veces es inquieto, la mayor parte del tiempo estaba sentado en su lugar a menos que lo molestaran. Su periodo de atención era normal, sobre todo en las actividades en las que se divertía: dibujar e iluminar naves espaciales. Cuando se le pedía que realizara actividades que no le gustaban, a veces agredía verbal o físicamente. Sus cartas de progreso señalaban que, por lo general, tenía una manera distintiva de hablar, pero sus habilidades de lenguaje se quedaron atrás de su edad por al menos 2 años.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Desde sus primeros años, estas personas tienen dificultades cognitivas. En realidad, es un problema doble. 1) De acuerdo con la evaluación clínica y con pruebas psicológicas, tienen dificultades con tareas cognitivas, como razonar, hacer planes, pensar de manera abstracta, hacer juicios y aprender en estudios formales o de las experiencias de la vida. Tanto el juicio clínico como los resultados de pruebas de inteligencia de aplicación individual son necesarios en la evaluación del funcionamiento intelectual. Su deterioro cognitivo lleva a 2) dificultades para adaptar su conducta para que puedan llegar a ser ciudadanos independientes y socialmente responsables. Estos problemas se presentan en las habilidades conceptuales, de interacción social y la vida cotidiana; en un nivel que depende de la gravedad, dichos problemas afectan al paciente en múltiples áreas de su vida: familiar, escolar, laboral y social.

F70 Leve. De niños, estos individuos aprenden con lentitud y se quedan detrás de sus compañeros de escuela, aunque es posible que alcancen las habilidades escolares de sexto grado para cuando sean adultos. A medida que maduran, las deficiencias en el juicio y la solución de problemas hacen que necesiten ayuda extra para manejar las situaciones de la vida cotidiana, y las relaciones personales sufren estragos. Suelen necesitar ayuda con tareas como pagar sus cuentas, comprar la despensa y encontrar un lugar adecuado para vivir. Sin embargo, muchos trabajan de manera independiente, aunque en trabajos que demandan un esfuerzo cognitivo relativamente simple. A pesar de que la memoria y la capacidad para usar el lenguaje pueden ser muy buenas, estos pacientes se pierden cuando se les presentan metáforas u otros ejemplos de pensamiento abstracto. El CI típico se ubica en

el rango de 50 a 70. Las personas con DI leve constituyen el 85% de todos los pacientes con DI.

F71 Moderada. Cuando son niños pequeños, las diferencias de estos individuos respecto de sus pares normales son marcadas y amplias. Aunque pueden aprender a leer, a hacer operaciones matemáticas sencillas y a manejar el dinero, su uso del lenguaje se desarrolla con lentitud y es relativamente sencillo. En muchos más casos en comparación con los de DI leve, en sus primeros años necesitan ayuda para aprender conductas de autocuidado y realizar tareas domésticas. Es posible que tengan relaciones con otros (incluso las románticas) aunque con frecuencia no reconocen las claves que rigen la interacción personal cotidiana. A pesar de que requieren ayuda para tomar decisiones, son capaces de trabajar (con ayuda de supervisores y compañeros) en trabajos con demandas relativamente sencillas, por lo general en talleres protegidos). Su CI se ubica en el rango de 35 y 55. Las personas con DI moderada representan cerca de 10% de todos los pacientes con DI.

F72 Grave. Aunque estas personas entienden órdenes o indicaciones sencillas, sus habilidades de comunicación son rudimentarias (palabras aisladas, algunas frases). Bajo supervisión, pueden ser capaces de hacer trabajos simples. Mantienen relaciones personales con familiares, pero necesitan supervisión en todas sus actividades; incluso requieren ayuda para vestirse y cuidar de su higiene personal. Su CI se encuentra en el rango de 20 a 39. Constituyen aproximadamente 5% de todos los pacientes con DI.

F73 Profunda. Con un habla muy limitada y una capacidad rudimentaria para la interacción social, gran parte de lo que las personas con DI comunican es mediante gesticulaciones. Dependen por completo de otras personas para cubrir sus necesidades, incluso las de la vida cotidiana, aunque pueden ayudar con quehaceres sencillos. La DI profunda suele ser resultado de un trastorno neurológico grave, que a menudo implica discapacidades sensoriales o motrices. El rango de su CI es de 25 o menos. Cerca de 1 o 2% de todos los pacientes con DI tienen una afectación profunda.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (inicio en la infancia temprana) • Diagnóstico diferencial (trastorno del espectro autista, trastornos neurocognitivos, funcionamiento intelectual límite, trastornos del aprendizaje)

Notas de codificación

Especifica el nivel de gravedad (y los números de su código) de acuerdo con las descripciones anteriores.

La maestra actual de Mel informó que era muy influenciado. En el patio y después de la escuela, con frecuencia fue visto en compañía de Terry, un niño 2 años mayor que estaba en una clase regular. La maestra de Terry lo describió como “delator e hiperactivo”. En varias ocasiones, persuadió a Mel para poner en práctica algunos de sus propios planes, como tomar los sándwiches de la lonchera de otro niño. Una vez, incluso lo persuadió de robar dinero de un cajón del escritorio del maestro, pero más tarde Mel lo confesó llorando. La evaluación actual se debió a que Terry persuadió a otros niños de aplaudir cada vez que Mel se quitara una prenda de ropa, lo cual hizo hasta quedarse totalmente desnudo. Más tarde repitió esa conducta en su casa sustituta.

Cuando fue evaluado en la clínica, Mel se veía como cualquier niño de 10 años. Su postura, su modo de andar y su actividad psicomotriz fueron por completo normales. Su aseo general era aceptable, pero sus lentes habían resbalado en su nariz y no se molestaba en acomodárselos; su nariz con moco escurriendo también necesitaba mayor atención de la que le daba. Sin embargo, estuvo atento a lo largo de toda la entrevista. En gran parte, habló sólo para responder las preguntas, lo cual hacía con una o dos palabras. Cuando se extendía hablando, en realidad no tenía mucho qué decir. La estructura de sus

oraciones era sencilla, pero no se revelaban incoherencias ni incongruencias del pensamiento.

Aunque Mel dijo que se sentía “Bien,” lució un poco triste durante lapsos de la entrevista. Sin embargo, después de la sesión fue observado interactuando con otro niño en el vestíbulo con un afecto que parecía “casi normal”. Él negó querer lastimarse o lastimar a otras personas, o sentir que alguien tratara de hacerle daño o entrometerse de algún modo con él.

Mel tuvo una gran dificultad para comprender el concepto de alucinación, y, después de varios minutos de repetidas explicaciones (y de muchas risitas en lugar de respuestas), negó haber tenido alguna vez alucinaciones. Su introspección se encontró “limitada” en la evaluación: al principio, no pudo ver ninguna conexión entre quitarse la ropa y la entrevista. Cuando se le planteó la misma pregunta, admitió que podría haber cierta relación y agregó, “Viejo, ¡te lo he dicho cientos de veces!” Debido a su historia reciente, su juicio se consideró pobre.

Evaluación de Mel

Los déficit del funcionamiento intelectual de Mel (criterio A) son claros en su relativa falta de progreso escolar y en los resultados de las pruebas (en las ediciones anteriores del DSM, la gravedad se medía en puntos de CI, pero ahora éste ya no es el criterio estándar el diagnóstico de DI, como se señaló antes). No obstante, el CI de 71 lo ubicaría en la arbitraria línea que divide a las personas con DI de las que presentan un funcionamiento intelectual límite, y el CI históricamente ha ayudado a establecer la necesidad de educación especial y otros servicios.

Sus problemas de funcionamiento adaptativo (criterio B) se pueden discutir con referencia a cada uno de los tres dominios especificados por el DSM-5. Sus dificultades conceptuales son evidentes, entre otras cosas, por sus habilidades de lenguaje retrasadas (su lenguaje estaba por debajo del de otros niños de su edad por 2 años; requería clases de educación especial) y su dificultad para comprender la noción de alucinaciones. Sus habilidades de lenguaje retrasadas contribuían a sus pobres relaciones sociales y a su incapacidad para explicar sus necesidades en lugar de actuar de manera agresiva. Sus déficits sociales también quedan demostrados por su pobre juicio al exponerse desnudo y su falta de la introspección esperada para su edad, en relación con sus interacciones con otros. Mostró déficit en el dominio práctico cuando no se limpiaba el moco de la nariz o usar sus lentes cuando más falta le hacen, así como el hecho de que varios hogares sustitutos lo habían rechazado debido a su lento progreso para aprender conductas de autocuidado (atarse las agujetas y cepillarse los dientes). Aunque la viñeta describe principalmente los problemas escolares de Mel, éstos se han extendido a otras áreas de su vida.

Las dificultades de Mel son anteriores a su vida escolar, aunque con frecuencia la primera evaluación de un niño se debe a problemas escolares. El clínico notó que su

habla es muy pobre, lo cual podría considerarse como evidencia de habilidades de comunicación pobres, pero muchos niños normales responden a un extraño con una pobreza evidente en su habla. Sin embargo, en el caso de Mel, lo observado fue consistente con los informes de sus maestros. (Se recomienda utilizar fuentes múltiples para verificar la información acerca de las áreas de deterioro).

En total, su deterioro intelectual afectó su funcionamiento adaptativo en, al menos, dos ambientes distintos (escuela y vida social), lo cual da un apoyo adecuado al diagnóstico de DI. Si esto no fuera así, el **funcionamiento intelectual límite** (R41.83) sería el mejor diagnóstico. Su deterioro intelectual se había observado desde la infancia temprana (criterio C), por lo que se descarta cualquier **trastorno neurocognitivo** como posible diagnóstico alternativo. El **trastorno del espectro autista** requiere de patrones repetitivos de conducta que Mel no presentó, aunque muchos niños con funcionamiento bajo con TEA también pueden recibir el diagnóstico de DI. Los pacientes con **trastornos del aprendizaje** parecen lentos en ciertas áreas, pero funcionan con normalidad en otras.

Las personas con DI pueden tener casi cualquier otro diagnóstico del DSM-5. De hecho, la frecuencia de padecimientos como los **trastornos del estado de ánimo** y los **trastornos psicóticos** es varias veces mayor entre pacientes con DI que entre individuos con una inteligencia normal. Los **trastornos compulsivos** también son más frecuentes entre individuos con DI que en pares de la misma edad. El **trastorno de movimientos estereotipados** debe diagnosticarse además de DI si las conductas de mecer el cuerpo, golpear con la cabeza o cualquier otra conducta repetitiva, es tan grave que requiere tratamiento sin importar el nivel de inteligencia.

A partir de su progreso escolar y su CI real, se puede determinar el nivel de gravedad de la DI de Mel. Se debe registrar el padecimiento físico responsable (como el síndrome de Down) si se conoce.

F70 Discapacidad intelectual leve
CGAS 51 (actual)

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Sugerencias generales

Al entrevistar niños (y adultos) con DI, es un gran desafío formular las preguntas en el nivel correcto –ni tan complejas que confundan al paciente, ni tan sencillas que lo insulten. He aquí una excelente razón para empezar con una invitación abierta para hablar libre y extensamente: habrá tiempo para juzgar cómo trabajar esa línea fina. En general, se deben mantener sencillas las cosas: oraciones breves con palabras cortas y conceptos concretos tienen más probabilidades de ser entendidas. Evitar preámbulos o explicaciones largas y complicadas que desvíen la atención del objetivo central de la indagación. No dudar en repetir una pregunta que no ha sido respondida; dar ejemplos si parece necesario. Recordar “tomarlo con calma”. Con frecuencia, estos individuos requieren tiempo para procesar mentalmente las preguntas antes de responderlas.

Sin embargo, a mayor gravedad de la DI, las preguntas abiertas resultan menos y menos productivas. Aunque las preguntas de sí o no tienen la virtud de la sencillez, pueden propiciar que el paciente dé información imprecisa, porque las

personas con DI tienden a responder “sí;” por ello las respuestas de opción múltiple suelen ser mejores. Además, se debe cuidar el no usar el reforzamiento positivo en exceso, porque esto produce respuestas sesgadas en el sentido de lo que el paciente cree que se espera de él.

Hay que tener presente estos puntos al entrevistar a pacientes con DI:

- Algunos individuos “lucen” como si tuvieran DI (p. ej., los que tienen síndrome de Down), pero la mayoría de los que tienen una DI leve no lo parecen.
- No evites hablar de discapacidades físicas mientras revisas los problemas que un niño o adolescente con DI enfrenta.
- Los pacientes con funcionamiento superior, a veces, tienen sentido del humor y se divierten con una broma siempre y cuando no sientan que es a sus expensas.
- Los pacientes más jóvenes o de menor funcionamiento requieren de preguntas relativamente concretas, de una estructura firme y sencilla. Sobre todo, si una respuesta parece irrelevante, oscura o rara, se debe asegurar que el paciente ha entendido la pregunta pidiéndole que la repita. No olvidar determinar si el paciente conoce el significado de una palabra importante para el sentido de la pregunta.
- Algunos niños y adolescentes con DI tienen una vida rica en fantasía que los hace susceptibles de recibir un diagnóstico inadecuado de psicosis. Es de vital importancia evaluar de manera cuidadosa el material que los cuidadores informan como “alucinaciones” (que podrían ser fantasías) o “delirios” (niños y adolescentes con DI tienen desconfianza de lo nuevo o lo desconocido).
- La autoestima, que a menudo es baja en pacientes con DI, requiere una evaluación cuidadosa y repetida. Aunque estas personas pueden deprimirse, una pobre autoimagen es más universal.
- La evaluación inicial casi siempre se lleva tiempo extra. Los periodos de atención del individuo con DI suelen ser cortos, así que la evaluación requiere varias semanas.
- Por último, muchas causas de DI (como síndrome del X frágil, fenilcetonuria y esclerosis tuberculosa) se pueden detectar mediante estudios de laboratorio, cuyo uso está más allá del alcance de este volumen.

Factores de desarrollo

Las herramientas adecuadas para determinar el cociente de desarrollo (CD) y el CI varían dependiendo de la edad cronológica del paciente. WISC (ahora en su quinta edición, WISC-5) es apta para niños de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses. La medición del CD de los niños pequeños es más problemática. El *Denver-II Developmental Screening Test*, con normas para edades de 0 a 6 años, es usado con frecuencia por pediatras. Los *Ages Stages Questionnaire* (ASQ) constituyen otra batería basada en evidencias para niños de 4 a 60 meses. El *Screening Test de las Bayley Scales of Infant and Toddler, Third Edition* (Bayley-III) se puede usar para evaluar niños de 1 a 42 meses. Excepto por el *Denver-II Developmental Screening Test* y el ASQ, estos instrumentos suelen ser aplicados por psicólogos clínicos o por otros clínicos que tienen un entrenamiento especial. Busca información sobre WISC-5 y Bayley-III en el apéndice 1. Desde luego, los niños con DI grave y los que tienen características físicas asociadas (como el síndrome de Down) tienen probabilidad de recibir el diagnóstico en una edad temprana.

F88 Trastorno global del desarrollo

La categoría de retraso global del desarrollo se usa en caso de que el paciente sea menor de 5 años –quizá con logros del desarrollo demorados– que aún no han sido evaluados de manera adecuada.

F79 Discapacidad intelectual no especificada

La categoría de discapacidad intelectual no especificada es para un niño de 5 años o mayor que tiene una o más discapacidades adicionales (como un trastorno mental grave o un déficit sensorial) que son demasiado graves para permitir la evaluación completa de las discapacidades intelectuales.

TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN

Los trastornos descritos en esta sección, que dan cuenta de un gran porcentaje de las razones que llevan a un individuo a una evaluación, deterioran la capacidad de niños (y a veces de adultos) para comunicarse con los demás. Los problemas de comunicación deben ser sintomáticos de un padecimiento del desarrollo más amplio, como el trastorno del espectro autista, pero muchos niños tienen problemas de autonomía con el habla y el lenguaje. A pesar de su frecuencia (tal vez 5% de los niños), varios de estos trastornos aún no han sido bien estudiados. De hecho, en el DSM-5 han sido reordenados y renombrados en gran medida del DSM-IV. El trastorno de fluidez de inicio en la infancia es bien conocido, porque el tartamudeo es evidente y relativamente común, pero otros trastornos de la comunicación se identifican con menor facilidad y se diagnostican menos de lo que se debería hacer.

F802 Trastorno del lenguaje

Los niños con trastorno del lenguaje (TL) tienen problemas para comunicarse, sea a través del habla o de la escritura, o incluso del lenguaje de signos. Sus problemas con el lenguaje son variados y amplios, como un vocabulario muy reducido, problemas para construir oraciones siguiendo las reglas gramaticales y para usar palabras y oraciones para intercambiar información o conversar con otra persona. El TL puede presentarse a pesar de una inteligencia normal. Incluye los trastornos del lenguaje expresivo y receptivo del DSM-IV; las deficiencias en ambas habilidades son inherentes al TL, aunque una pueda ser mínima.

Las dificultades pueden manifestarse de diversas maneras. Estos pacientes aprenden a hablar tarde, y hablan poco para su edad. Cuando hablan, usan oraciones cortas y una gramática sencilla. A veces, tienen problemas para aprender nuevas palabras, usan palabras de modo incorrecto y omiten partes importantes de las oraciones; incluso inventan su propio orden de palabras. A medida que crecen no logran desarrollar las distintas estructuras gramaticales (como el uso de diferentes formas verbales) y tipos de oraciones (como las imperativas) que caracterizan el habla de sus pares. Su discapacidad a menudo hace tímidos a estos niños; a veces, sólo hablan con sus familiares, o parecen no poner atención respondiendo de manera inadecuada en una conversación.

El TL se presenta en varios miembros de una familia y tiene una fuerte base genética. Aunque la frecuencia del TL no se ha determinado, con base en los trastornos predecesores del TL que aparecían en el DSM-IV, de 3 a 7% de los niños pequeños

tenían un trastorno, y la mayor frecuencia era en niños varones. En la mayoría de los casos, persiste a lo largo de la adolescencia y la vida adulta. El TL puede ser comórbido con otros trastornos de la comunicación y con el TDAH.

Susan

En un grupo de chat en internet, la Sra. Barrett habló del desarrollo de su hija, Susan:

“Luego de terminar mi búsqueda de ‘Trastorno del lenguaje’, llegué a este sitio de internet. Creo que mi hija de 3 años tiene este problema; al menos, eso es lo que dijo el pediatra. Ella parece entender todo lo que digo; incluso trata de hacer quehaceres pequeños como su hermano mayor, pero apenas puede decir algunas palabras. Se esfuerza mucho en comunicarse con nosotros, usa mucho las manos para darnos a entender qué desea o qué quiere decir. De verdad, ¡se me parte el corazón! Al principio se piensa que podía deberse a su audición, pero la audiometría resultó normal. Sabemos que ella tiene un problema, porque sus dos hermanos empezaron a hablar antes. ¿Algún consejo?”

En una entrevista telefónica posterior, la Sra. Barret habló más de los síntomas de Susan. Aunque las oraciones de la niña se limitaban en gran medida a una o dos palabras (“tengo” “tú, cama”), podía identificar matices sutiles de los colores (índigo, azul claro, azul marino) señalando. Pero cuando se le pregunta “¿Cuál es este color?”, ella sólo se ríe y lo señala. También cecea bastante; pronunciaba su nombre como “Zuzan”. De manera cotidiana pronuncia mal muchas palabras (“bulah” en vez de *butter* [mantequilla] e “ikeem” en lugar de *ice cream*[helado]).

“Es una niña querida, dulce y casi siempre feliz,” concluyó la madre. “Le encanta la televisión, sobre todo si hay un programa sobre bebés. Le gusta acurrucarse en mi regazo; me jala de la manga y canturrea un poco, lo que significa que quiere que yo le cante. Pero no puede hablar. Simplemente, no puede hablar”.

En internet, otro padre respondió a su petición con la información de que muchos distritos escolares tenían programas para evaluar niños a partir de los 2 años de edad. Uno de ellos es donde los Barrett vivían. Susan obtuvo una puntuación dos desviaciones estándar por debajo de lo esperado en el *Carrow Elicited Language Inventory*.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DEL LENGUAJE

Desde la infancia temprana, el lenguaje hablado y escrito del paciente constantemente se quedó atrás de lo esperado para su edad. En comparación con sus pares, los pacientes tienen un vocabulario muy reducido, un uso deteriorado de las palabras para formar oraciones, y una capacidad reducida para expresar ideas mediante oraciones.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (inicio en la temprana infancia; tiende a la cronicidad) Discapacidad (deterioro social, escolar, ocupacional o personal) • Diagnóstico diferencial (deterioro sensorial, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno del aprendizaje –aunque cada uno de ellos puede coexistir con el trastorno del lenguaje).

Evaluación de Susan

El vocabulario de Susan era muy reducido, incluso para su edad, y la estructura de sus oraciones era rudimentaria (criterios A1, A2). Estas dos cualidades limitaban su capacidad para comunicarse (A3). (Algunos niños, como Susan, tienen relativamente pocas dificultades con el lenguaje receptivo, pero tienen grandes problemas para expresarse a través del lenguaje).

El criterio B del DSM-5, en realidad, consta de dos partes. Primero, requiere de problemas con la comunicación para que esté por debajo, en términos numéricos, de lo esperado para la edad del paciente. Esto implica aplicar pruebas, como se hizo con Susan. Pero, ¿y si no hubiera sido así? ¿Qué sucedería con un niño de quien sólo se dispone de la historia? Al menos, en el caso de Susan, la historia obtenida de su madre y las observaciones del clínico parecían suficientes para justificar un diagnóstico tentativo.

La segunda parte del criterio B es el requisito usual, un poco disfrazado, de un indicador de angustia o discapacidad. Aunque Susan era demasiado pequeña para que algo interfiriera con sus logros educativos y ocupacionales, su problema de lenguaje fue un deterioro social innegable, incluso a su corta edad. Desde luego, sus dificultades empezaron al inicio del periodo de desarrollo (criterio C).

Una causa de déficit adquirido de lenguaje es un raro trastorno llamado síndrome de Landau-Kleffner. En éste, el desarrollo del niño es normal hasta la edad aproximada de 4 años, cuando aparece una pérdida progresiva de la capacidad de entender y producir el lenguaje hablado. Esta incapacidad es tan profunda que algunos autores la llaman *afasia adquirida*. Está acompañada por un trastorno convulsivo o un EEG anormal. El patrón de desarrollo normal en los primeros años de vida también ha llevado a algunos clínicos a confundir este síndrome con el trastorno del espectro autista. Reconocerlo es importante: algunos pacientes responden a los anticonvulsivos o, incluso, a la cirugía.

Las pruebas ya habían verificado que Susan no tuviera una **discapacidad intelectual** (criterio D). El hecho de que tuviera una buena relación emocional con su familia, en efecto, descartó un **trastorno del espectro autista**, aunque en este trastorno las habilidades normales de comunicación figuran de manera destacada entre los síntomas. Otros problemas posibles son la **audición deteriorada** (ya descartada en el caso de

Susan) y la **privación ambiental**, de los cuales no había ni una sola evidencia.

Como muchos otros niños con (y sin) TL, Susan también tenía dificultades significativas con la pronunciación (**trastorno fonológico**, criterios A y B; véase la siguiente sección). Su madre notó que no pronunciaba ciertos sonidos (la sibilante en *ice cream*) y la sustituía por consonantes (*l* en lugar de *t* en *butter*, por ejemplo). Su ceceo incluso se extendió a la pronunciación de su propio nombre. Al definir el diagnóstico de trastorno fonológico, se deben identificar (o descartar) varios de los mismos padecimientos que en el trastorno del lenguaje.

En el caso de Susan, no había causas físicas para ninguno de los dos trastornos de la comunicación. Su diagnóstico completo sería:

F80.2 Trastorno del lenguaje

F80.0 Trastorno fonológico

CGAS 65 (actual)

F80. 0 Trastorno fonológico

Los niños con trastorno fonológico (TF) cometen errores al hablar que no son explicables por su edad o su dialecto. Omiten por completo ciertos sonidos o sustituyen un sonido por otro (el ceceo es un ejemplo común). Las consonantes son las que presentan más afectaciones. En casos más leves, el efecto puede ser sólo curioso, incluso agradable; los individuos con una afectación más grave tienen dificultades para comprender o a veces no se les puede entender. Las causas físicas evidentes son deterioro de la audición, parálisis cerebral, fisura del paladar y discapacidad intelectual, pero en la mayoría de los casos, se desconoce la causa real.

El TF clínicamente significativo y, por lo tanto, diagnosticable (en el DSM-III se llamó trastorno del desarrollo de la articulación; en el DSM-IV se convirtió en el trastorno fonológico) se encuentra en 2 a 3 % de los niños preescolares, y hay una mayor proporción de niños varones que de niñas. Aunque estos niños interactúan y se comunican con normalidad en casa, cuando están con pares o en la escuela, la frustración y la vergüenza los llevan a retraerse. Sin embargo, con frecuencia se presenta una mejoría espontánea, de modo que al acercarse a los 20 años de edad, la frecuencia disminuye a 1 de cada 200.

El TF se manifiesta en las familias y, a menudo, se asocia con otros trastornos de la comunicación y con el trastorno de la lectura; los trastornos de ansiedad y el TDAH suelen acompañar al TF. El caso de Susan, presentado antes, constituye una viñeta clínica y de evaluación que ilustra el TF.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO FONOLÓGICO

El paciente tiene problemas para producir los sonidos del habla, lo cual pone en riesgo la comunicación.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (inicio en la infancia temprana) • Discapacidad (deterioro social, escolar o laboral) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos como fisura paladar o trastornos neurológicos; deterioro sensorial como el de la audición; mutismo selectivo).

F80.81 Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

El patrón del habla de un individuo que tartamudea se caracteriza por una pérdida, a menudo muy aguda, de la fluidez y el ritmo que cualquier persona no profesional puede reconocer. Menos conocidas son algunas de las sensaciones accesorias o secundarias de la persona cuando se tiene que enfrentar a las dificultades de producir sonidos. Estos individuos, con frecuencia, experimentan una sensación de pérdida momentánea de control; pueden tomar medidas extremas para evitar los sonidos o las situaciones difíciles (como hablar por teléfono) que exacerban sus penurias. Por lo general, sienten ansiedad o frustración; muchos informan tener una tensión física real. Espasmos de cabeza, puños apretados, parpadeo o levantar el labio superior, son conductas que se encuentran en uno de cada 14 niños.

Dependiendo de la edad y de muchos otros factores, una persona normal puede decir hasta 220 palabras por minuto y tendrá problemas de fluidez en 2% de las palabras, mientras que una persona que tartamudea habla aproximadamente 25% más lento y pierde la fluidez cerca de cinco veces más de lo normal. El tartamudeo afecta especialmente a las consonantes, los sonidos iniciales de las palabras, la primera palabra de una oración y las palabras acentuadas, largas o menos frecuentes. Puede ser provocado por contar chistes, decir el propio nombre, hablar con extraños, con una figura de autoridad o con alguien de quien se esperan críticas. Las personas que tartamudean a menudo logran ser fluidos al cantar o decir groserías, o hablar a un ritmo constante usando un metrónomo.

Por lo común, el tartamudeo empieza en la infancia temprana, a veces desde los 2 años de edad, pero lo más frecuente es que sea a los 5. Desde luego, es bastante usual que los niños pequeños no sean fluidos al hablar, así que el tartamudeo puede no significar nada. El inicio puede ser gradual o repentino; este último se correlaciona con una mayor gravedad. Como en tantos otros trastornos mentales de la infancia, hay una mayor proporción de hombres que de mujeres; en este caso, es de casi 3:1. Los datos no apoyan la noción de que los niños que tartamudean posean una tendencia preexistente a la reactividad emocional, la timidez o la ansiedad social. Sin embargo, un subgrupo puede tener rasgos de falta de atención e hiperactividad/impulsividad.

Con base en una supuesta causa, se han identificado tres tipos de tartamudeo: *del desarrollo* (el más común), *neurogénico* (después de un daño cerebral físico como una lesión cerebral traumática o un derrame cerebral) y el raramente encontrado *psicogénico*, que suele presentarse en adultos con una historia de trauma emocional u otro trastorno psicológico. En el tipo del desarrollo, el tartamudeo se presenta, sobre todo, al principio de las palabras, y las conductas secundarias son sobresalientes. Los estudios con gemelos sugieren que 70% de la varianza es genética; incluso la tendencia a la cronicidad o la remisión espontánea puede estar determinada genéticamente.

Aunque la tensión empeora el tartamudeo (hablar en público es un ejemplo notable), no explica la tendencia a tartamudear en primer lugar. De hecho, además de otros trastornos de la comunicación y el TDAH, los niños que tartamudean tienen pocas enfermedades emocionales de las que se encuentran en la población general. Sin embargo, al madurar muchos pacientes desarrollan síntomas del trastorno de ansiedad social.

Hasta 3% de los niños pequeños tartamudean; el porcentaje es más alto en niños que sufren daño cerebral o discapacidad intelectual. Cerca de 75% de los casos remiten al cabo de 4 años; la resolución en la adultez es más común en mujeres. No obstante, la intervención temprana está indicada para niños que sufren acoso, burlas o exclusión de parte de sus pares. Aunque las opiniones varían, la frecuencia del tartamudeo en adultos es del orden del 0.1%, de los cuales 80% son hombres.

Debido a que es un síntoma que se identifica con facilidad, se presenta una viñeta de este trastorno.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE FLUIDEZ DE INICIO EN LA INFANCIA (TARTAMUDEO)

El paciente tiene problemas para hablar de manera fluida, y se nota más en los sonidos alargados o repetidos; se presentan pausas a mitad de las palabras. El individuo experimenta marcada tensión al hablar, y repite palabras enteras o sustituye los sonidos difíciles de producir con sonidos más fáciles. El resultado: ansiedad frente al acto de hablar.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (inicio en la infancia temprana) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar o laboral) • Diagnóstico diferencial (déficit motores del habla; padecimientos neurológicos como un derrame cerebral; otros trastornos mentales).

Nota de codificación

El tartamudeo que empieza en años más tardíos se debe registrar como trastorno de la fluidez de inicio en el adulto y se codifica como F98.5.

Una nota tangencial sobre el *cluttering* es pertinente aquí. En este tipo de habla, las anomalías del ritmo y la velocidad del habla crean una falta de fluidez que dificulta la inteligibilidad. Mientras que las personas que tartamudean repiten sólo un sonido, los individuos que presentan *cluttering* repiten sílabas, palabras o incluso frases cortas, a menudo retrocediendo y sustituyendo palabras o ideas en un discurso que transcurre demasiado rápido antes de que los pensamientos se organicen de manera adecuada.

Tartamudeo: “T-t-t-t-tengo que ir a la tienda a comprar le-le-le-leche”.

Cluttering: “Te-te-te-te-tengo que ir a la t-, a la, ah, tien-tien, al mercado a comprar, ah, a comprar, mm, un n-n, un helado”.

El *cluttering* puro es raro, se encuentra tal vez en sólo 5% de los pacientes con trastornos de la fluidez. Sin embargo, muchas personas que tartamudean también presentan *cluttering* a veces. Apenas mencionado en el DSM-III, el *cluttering* compartió el código numérico del tartamudeo en el DSM-III-R, donde se le dedicó toda una página. En el DSM-IV, desapareció por completo como entidad diagnóstica. Su desaparición puede rastrearse en la escasez de investigaciones y la falta de partidarios, además de la creencia de algunos de que el *cluttering*, en realidad, es un problema de expresión, no del habla.

F80.89 Trastorno de la comunicación social (pragmático)

El trastorno de la comunicación social (TCS) describe a un paciente que, a pesar de disponer de un vocabulario adecuado y la capacidad de formular oraciones, tiene problemas con el uso práctico cotidiano del lenguaje. El mundo de las comunicaciones denomina esto **pragmática**, e implica varias habilidades importantes:

- Usar el lenguaje para realizar diferentes tareas, como darle la bienvenida a alguien, comunicar hechos, o hacer una petición, promesa, solicitud.
- Adaptar el lenguaje a las necesidades de una situación en particular, como hablar de un modo diferente a los niños y a los adultos, o en el salón de clases y en casa.
- Seguir las normas de una conversación como esperar turnos, no salirse de un tema, usar señales no verbales (contacto visual, expresión facial) así como verbales, respetar el espacio físico adecuado en los interlocutores, y reformular algo que ha sido malinterpretado.
- Comprender la comunicación implícita, como las metáforas, las expresiones y el sentido del humor.

Sean niños o adultos, los pacientes con TCS tienen dificultad para comprender y usar los aspectos pragmáticos de la comunicación social, hasta el punto de que sus conversaciones pueden ser socialmente inapropiadas. Sin embargo, no tienen los intereses restringidos y las conductas repetitivas que los harían candidatos al diagnóstico de trastorno del espectro autista. El TCS puede presentarse solo o con otros diagnósticos, como el trastorno fonológico, los trastornos del aprendizaje o la discapacidad intelectual.

No se conocen los datos demográficos de este (en lo que respecta al DSM-5) nuevo trastorno.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICO)

Desde la infancia temprana, el paciente tiene dificultades con estos aspectos: usar el lenguaje para propósitos sociales, adaptar la comunicación al contexto, seguir las convenciones (reglas) de la conversación y comprender la comunicación implícita.

Las letras pequeñas

Las D: • Discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Duración (por lo general, se identifica a la edad de 4 o 5 años) • Diagnóstico diferencial (padecimientos físicos o neurológicos, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno de ansiedad social, trastorno por déficit de atención/hiperactividad).

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado

El trastorno de la comunicación no especificado se usa con pacientes cuyos trastornos de la comunicación no cumplen con los criterios de ningún trastorno específico, incluyendo otros tipos de trastornos del neurodesarrollo. El DSM-IV presentó ejemplos de anomalías del tono, volumen, calidad, entonación o resonancia de la voz. Sin embargo, esta categoría también se podría aplicar al niño ocasional que parece tener una comprensión pobre del lenguaje, pero puede producirlo relativamente bien.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Recomendaciones generales

Debido a que estos trastornos se manifiestan como problemas del habla infantil, se puede pensar que una conversación casual es suficiente para identificarlos. Pero cualquiera de ellos puede ser leve a tal punto de pasar desapercibido en las respuestas breves que el niño da al entrevistador, sobre todo si éste utiliza preguntas cerradas.

Alentar al niño a hablar con mayor extensión y sin interrupciones es la mejor manera de obtener ejemplos del habla en los que se aprecien problemas de ritmo, repetición, falta de prosodia, omisión de sonidos y otros posibles déficits de la percepción y producción del habla. Pedir al paciente que cuente una historia o que relate un evento es un modo de alcanzar este objetivo; por ejemplo, “Platícame cómo llegas a la escuela en las mañanas,” o “¿Puedes terminar esta historia? Una vez hace mucho tiempo, en una tierra muy lejana, vivía un...”. Algunos pacientes con TL pueden formular oraciones de una o dos palabras, dejar oraciones incompletas y tener problemas para encontrar la palabra correcta para describir sus experiencias, sentimientos y necesidades. Otros pueden responder de una manera inadecuada o parecen no entender. Otros más parecen faltos de atención, hacen muchas preguntas antes de comprender o parecen olvidar con facilidad lo que se les acaba de decir.

La grabación del audio de la evaluación (hecha con autorización de los padres) facilita el análisis del habla después de la sesión; una videograbación ayuda a discernir los signos de tensión (parpadeo, puños apretados, muecas faciales) que, con frecuencia, acompañan el tartamudeo. Busca respuestas que sean inapropiadas preguntando al niño, “¿Qué acabo de preguntar?” También observa si hay timidez, actitud distante o retraimiento, pues cualquiera de ellos puede ser indicador de un trastorno de la comunicación.

Además de escuchar la producción del niño, evalúa lo siguiente:

- Uso de símbolos; por ejemplo, ¿el niño usa una taza de papel para representar una casa o un palo en lugar de un carro?
- La capacidad para comprender el lenguaje; ¿el niño puede seguir una instrucción dada sin uso de gestos u otras señales?

Como regla general, en el tartamudeo se obtienen evaluaciones formales de niños que muestran faltas de fluidez frecuentes (3% del habla o más) o largas (medio segundo o más de palabras cortas o sílabas repetidas). También observa si hay signos físicos asociados de angustia, como parpadeo, puños cerrados o miradas de soslayo.

Factores del desarrollo

Al igual que con muchos otros trastornos de la infancia, se identifican a temprana edad los trastornos de la comunicación en pacientes con afectaciones graves. Un caso leve de TL puede pasar desapercibido hasta que el paciente llega a la adolescencia, edad en la que el lenguaje normalmente desarrolla la gran complejidad que caracteriza el habla adulta. Sin embargo, se encontrarán ejemplos de problemas con la recepción del lenguaje que se identifican en los años universitarios. En muy pocos casos, los niños muy pequeños llegan a tener tales dificultades para comprender el habla que parezcan sordos cuando se les habla; los niños mayores sólo parecen estar confundidos.

En niños mayores, un déficit en el vocabulario sólo afecta ciertos tipos de palabras, por ejemplo, sustantivos o pronombres personales. Sin embargo, los niños más pequeños con una afectación del mismo nivel cometen errores de vocabulario en diversos tipos de palabras.

Niños mayores, y los que tienen un TF menos grave, tienen problemas con los sonidos de consonantes más difíciles, como s, z, c y ch. Los niños más pequeños también pueden tener problemas con consonantes más sencillas y que se aprenden antes –m, t, d, n, p– y omiten sonidos con mayor frecuencia, sobre todo al principio y al final de las palabras. El tartamudeo suele empezar en la infancia temprana, entre los 2 y 7 años de edad; después de los 10 años es raro que inicie. Debido a que los individuos que tartamudean a menudo evitan palabras que saben que les causan problemas, pedir a los niños mayores que lean un texto ayuda a identificar el tartamudeo.

F84.0 Trastorno del espectro autista

Si hay alguna categoría diagnóstica que esté en flujo constante, esa es la que ahora se denomina trastorno del espectro autista (TEA). En los inicios de algunos clínicos que aún siguen trabajando en estos tiempos, ni siquiera se conocía. Tuvo reconocimiento oficial en 1980, con el DSM-III, y se dividió en varias partes en el DSM-IV; en el DSM-5, esas partes se reunieron en un concepto unitario que abarca pacientes con diversos síntomas y discapacidades. A lo largo de su historia, las descripciones y definiciones (y el debate sobre sus causas) del TEA han estado en casi constante agitación.

En la actualidad, todavía son relevantes las observaciones clínicas de Leo Kanner, psiquiatra infantil de la Universidad John Hopkins, quien describió a 11 niños con el síndrome. Sus pacientes tenían en común la incapacidad fundamental de interactuar socialmente y de usar el lenguaje de manera adecuada. Todos manifestaban un rango limitado de conductas extrañas, estereotipadas. Kanner creía que el padecimiento era congénito y familiar, aunque, debido a que los niños parecían normales al nacer, sus padres no se inquietaban en seguida.

La preocupación a menudo surge en después de los primeros 6 meses de vida, cuando los padres notan problemas con la socialización. El bebé no hace contacto visual, no

sonríe ni se arrima al cuello o al pecho de quien lo sostiene, sino que prefiere arquearse para alejarse y mantener la mirada fija en el espacio. En las visitas tempranas al pediatra, se les dice a los padres, “Todo estará bien; su bebé va bien”. Los pediatras muestran preocupación cuando se retrasa la aparición del lenguaje, casi siempre después de los 3 años de edad. Para entonces, son evidentes varios síntomas.

En la actualidad, el espectro de síntomas de estos individuos se divide en dos grupos principales.

1. Interacción social y comunicación:

- No entienden las relaciones, como se muestra en su relativa falta de interés en hacer amigos o compartir el juego de fantasía; no abrazan; no extienden los brazos al anticipar que los van tomar en brazos.
- No se comunican bien de manera no verbal mediante el contacto visual, expresiones faciales, lenguaje corporal y señales con las manos (no señalan las cosas).
- Tienen problemas con lo que se denomina **reciprocidad social-emocional**, la clase de interés compartido que las personas normalmente experimentan una con otra; no inician (ni siquiera participan en) interacciones sociales como las conversaciones ordinarias.

2. Conductas restringidas o repetitivas que se manifiestan en patrones anormales de intereses y actividades:

- El juego puede ser repetitivo o no simbólico; los juguetes son objetos para chupar o darles vueltas; estos individuos usan frases peculiares al hablar, ecolalia u otras estereotipias. Algunos se mecen, golpean las manos, golpean con la cabeza o mantienen una postura de manera compulsiva y extraña, que recuerda la conducta catatónica.
- Se aferran a las rutinas, insisten en los mismos patrones de conducta verbal y no verbal, y se afligen cuando son forzados a alejarse de lo que acostumbran hacer. Esto es de especial relevancia para la adecuada nutrición, porque los niños con TEA a menudo se niegan a comer alimentos nuevos e insisten en que se les dé un grupo reducido de alimentos.
- Tienen a preocuparse por una pequeña selección de objetos o intereses a veces inusuales, y excluyen todo lo demás.
- Algunos niños son extremadamente sensibles a los estímulos sensoriales. Detestan las luces brillantes o sonidos fuertes, e incluso la desagradable sensación de ciertos tipos de ropa o superficies los molesta en un grado extremo. Al mismo tiempo, algunos parecen insensibles al dolor o a temperaturas muy altas.

Los niños con TEA no establecen vínculos normales (como seguir a un padre de un cuarto a otro). Llamar al niño por su nombre puede no provocar una respuesta; el miedo normal a los extraños o la ansiedad de separación respecto de los padres pueden estar

ausentes. Aunque los niños más pequeños con TEA suelen ser hiperactivos, en la adolescencia tienden a calmarse un poco e incluso son menos activos de lo normal para los adolescentes. Su sueño está en peligro por insomnio inicial o un despertar temprano; en raras ocasiones, los niños experimentan una inversión total de los patrones de sueño día-noche.

Los pacientes con afectaciones más graves muestran un deterioro del lenguaje, que va de los patrones peculiares de habla hasta su ausencia (en casi la mitad) o a la incapacidad, incluso, de usar la comunicación no verbal, como asentir con la cabeza o tener expresiones faciales adecuadas al estado de ánimo o la situación. Los que sí hablan, a veces, son incapaces de comprender las bromas; la comunicación es afectada, porque los niños con TEA no comprenden que las palabras tienen significados múltiples o abstractos. Su habla carece de prosodia, el tono cantarín que la hace musical. Pueden hablarse a sí mismos o hablar largo y tendido sobre temas que a nadie más le interesan; otros son incapaces de empezar o mantener una conversación normal.

Aunque muchos niños con TEA tienen cierto grado de deterioro intelectual, cerca de un cuarto poseen un CI mayor de 70; de hecho, algunos pacientes son brillantes. Los trastornos convulsivos tienen una alta probabilidad de presentarse en quienes tienen un deterioro intelectual significativo. A veces, poseen lo que se conoce como *habilidades cognitivas fragmentadas*, como las habilidades en computación, música o memoria fotográfica que supera en mucho las de las personas normales (*erudición*).¹

En general, el desarrollo social tiene lugar con mucha mayor lentitud de lo normal, y en fases que se presentan en una secuencia diferente a la esperada. Aunque el grado de discapacidad varía bastante, el efecto en la vida de la mayoría de los pacientes y sus familias es profunda y permanente.

No hace mucho, se pensaba que el TEA ocurría relativamente poco; su frecuencia es de 4 por cada 10 000 niños, de acuerdo con algunos estudios. Sin embargo, en las últimas décadas se ha encontrado que 1 de cada 68 niños presenta TEA; esto se debe, en parte, a que se hacen evaluaciones más completas. El trastorno afecta a todos los grupos socioeconómicos y culturales. Los niños varones superan en número a las niñas (4:1 o 5:1), pero las niñas tienen mayores probabilidades de que el TEA sea más grave y sea comórbido con la discapacidad intelectual.

Se desconoce la etiología del TEA, pero la mayoría de los expertos piensa que se debe a una vulnerabilidad genética y a fallas biológicas en el desarrollo neuronal durante la gestación. Las genealogías y los estudios con gemelos sugieren que la genética (múltiples genes) explica tal vez la mitad de la varianza. El TEA se asocia con varias enfermedades médicas –rubeola congénita, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa– y una historia de sufrimiento perinatal. La edad de las madres y los padres es directamente proporcional al riesgo de tener un niño con TEA.

En la adolescencia se desarrollan convulsiones en uno de cada cuatro pacientes. A

menudo se descubren anomalías físicas menores (como paladar con arco alto) durante el examen. Se ha informado de agrandamiento cerebral ventricular con una circunferencia craneana aumentada en el nacimiento, así como un alto nivel de serotonina de plaqueta (anomalía que también se observa en muchos niños que tienen discapacidad intelectual sin rasgos de autismo).

Jonathan

Debido a que el médico familiar consideró trivial la preocupación de la madre en relación con la conducta peculiar de Jonathan, ya casi tenía 5 años cuando fue llevado por primera vez a una clínica de especialidades. Ahora le preocupaban muchos aspectos de su conducta. Poco a poco se había vuelto inmanejable en lugares públicos. No seguía las instrucciones y rechazaba la estructura de la escuela; cuando se le confrontaba, de manera escandalosa alteraba a quienes estaban con él. Sin embargo, cuando se quedaba solo, veía la televisión durante horas, y prefería ver los mismos videos una y otra vez. No tenía amigos ni parecía querer; por largos periodos jugaba solo en su cuarto, a menudo con objetos a los que podía dar vueltas. A veces, él mismo giraba como si disfrutara sentirse mareado. Si alguien interrumpía estas rutinas, él se enojaba. Entonces, pegaba, pateaba o mordía a la persona que interfería.

Jonathan era un joven robusto, bien parecido –vestido de manera pulcra y cuidada–; su apariencia correspondía a su edad. Cuando él y su madre entraron en el cuarto de juego, él no reconoció la presencia del examinador; parecía mirar a través de él con una expresión vacía, de algún modo perturbadoramente placentera, en su cara inmóvil.

Jonathan fue directamente hacia un carrito que estaba en la mesa, y empezó a olfatearlo. Después, lo corrió para atrás y para adelante sobre su pecho, meciéndose y cantando en voz baja para sí mismo. Se negó a hablar con el examinador y evitó el contacto visual. Sin embargo, su audición no estaba afectada; miraba hacia arriba cada vez que había un ruido fuera del cuarto de juego. Mientras su madre relató su historia, él se entretenía frotando el carro a lo largo de su pierna. Ocasionalmente, regresaba con su madre y, sin hablar, la tomaba de la mano y la llevaba hacia un objeto que no alcanzaba.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Desde la infancia temprana, el contacto con los demás afecta (hasta cierto punto) casi todos los aspectos del funcionamiento de estos pacientes. Las relaciones sociales varían del deterioro leve hasta la casi total falta de interacción. Puede haber sólo un reducido número de intereses y experiencias en común, aunque algunos pacientes no logran en absoluto iniciar o responder al acercamiento de los demás. Tienden a hablar con pocos de las señales físicas que la mayoría de las personas usa: contacto visual,

movimientos con las manos, sonrisas y asentimientos. Las relaciones con otras personas fracasan, de modo que los pacientes con TEA tienen problemas para adaptar su conducta a las distintas situaciones sociales; carecen de un interés general en otras personas y hacen pocos amigos, o ninguno.

La repetición y el foco de atención estrecho caracterizan las actividades e intereses de estos individuos. Se resisten incluso a los cambios mínimos en sus rutinas (quizá exigiendo exactamente el mismo menú a la hora del almuerzo, o repitiendo innumerables veces preguntas que ya han sido respondidas). Pueden quedar fascinados con el movimiento (como dar vueltas) o con partes pequeñas de los objetos. La reacción a los estímulos (dolor, sonidos fuertes, temperaturas extremas) puede ser débil o excesiva. Algunos se preocupan de manera inusual por las experiencias sensoriales: quedan fascinados con el movimiento visual u olores específicos, o a veces temen o rechazan ciertos sonidos o el tacto de ciertas telas. Hacen un uso peculiar del habla, o muestran estereotipias o conductas como golpear las manos, mecer el cuerpo o ecolalia.

Las letras pequeñas

Observa que hay varios grados de TEA. Lo que en el DSM-IV se llamaba trastorno de Asperger es relativamente leve; muchas de estas personas se comunican de manera verbal bastante bien, aunque carezcan de otras habilidades necesarias para formar vínculos sociales con los demás.

Las D: • Duración (inicio en la infancia temprana, aunque los síntomas aparezcan después, en respuesta a las demandas de la socialización) • Malestar o discapacidad (deterioro social, educativo, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (los niños ordinarios tienen preferencias marcadas y disfrutan la repetición, discapacidad intelectual, trastorno de movimientos estereotípicos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad social, trastorno del lenguaje).

Notas de codificación

Especifica:

{Con} {sin} discapacidad intelectual acompañante

{Con} {sin} discapacidad del lenguaje acompañante

Asociado con una afección médica o genética o a un factor ambiental conocidos

Asociado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento

Con catatonía (recuadro, p. 214)

Especificar la gravedad (se requieren valoraciones separadas para la comunicación social y restringida, conducta repetitiva).

Comunicación social

Grado 1 (leve). El paciente tiene problemas para iniciar conversaciones o parece menos interesado en ellas que la mayoría de las personas. Se codifica como “Necesita ayuda”.

Grado 2 (moderada). Hay déficits pronunciados en la comunicación verbal y no verbal. Se codifica como “Necesita ayuda notable”.

Grado 3 (grave). Escasa respuesta al acercamiento de los demás limita notablemente su funcionamiento. El habla es limitada, tal vez, a unas cuantas palabras. Se codifica como “Necesita ayuda muy notable”.

Comportamientos restringidos y repetitivos

Grado 1 (leve). Los cambios provocan algunos problemas, al menos, en un área de actividad. Se codifica como “Necesita apoyo”.

Grado 2 (moderada). Son evidentes los problemas para lidiar con los cambios, lo cual interfiere con el funcionamiento en distintas áreas de actividad. Se codifica como “Necesita ayuda notable”.

Grado 3 (grave). El cambio es extraordinariamente difícil; la rigidez conductual incluye en todas las áreas de actividad. Causa mucha angustia. Se codifica como “Necesita ayuda muy notable”.

En cierto momento de la entrevista, Jonathan notó el apagador y empezó a prender y

apagar la luz. Después, agitó los brazos en repetidas ocasiones mientras caminaba de puntas por el cuarto, y no fue posible convencerlo de que se detuviera. Durante gran parte de la entrevista mostró pocos cambios en su expresión facial. Aun cuando chillaba con fuerza mientras su madre lo alejaba del apagador, su boca tenía una sonrisa fija, en lugar de una expresión de dolor, enojo o desafío, que sería más adecuada. Los resultados del *Peabody Picture Vocabulary* indicaron un CI de 75.

Cuando el examinador se sentó en el piso y empezó un juego paralelo con un carrito, Jonathan se sentó cerca y copió su conducta. A la pregunta “¿Cómo te llamas?”, Jonathan contestó, usando exactamente la misma entonación, “¿Cómo te llamas?”. Cuando el examinador trató (con autorización de su madre) de abrazarlo, Jonathan se quedó inmóvil y se arqueó para quitárselo de encima. “Ha reaccionado así desde antes de cumplir un año,” comentó su madre. En cierto momento, cuando su madre salió del cuarto, Jonathan apenas pareció notar su ausencia, y la ignoró cuando regresó. Al final de la sesión, primero se resistió a irse. Luego, de repente, sin decir adiós, salió disparado del cuarto de juego, y su madre fue de prisa tras él.

Evaluación de Jonathan

Los criterios del TEA son de los más complicados en el DSM-5 en el campo de la salud mental infantil y adolescente. Esto se debe, en parte, a que hay que reflexionar sobre la manera en que este trastorno se extiende en todas las áreas de la vida (y la familia) del paciente. He aquí cómo Jonathan cumplió con estos criterios.

Desde una edad temprana (criterio C), su comunicación e interacción social fue anormal. Sus síntomas incluían deterioros múltiples de la conducta no verbal (A2: negarse a abrazar, evitar el contacto visual, expresiones faciales vacías o inadecuadas) y falta de relaciones con pares (A3: sin interés evidente de hacer amigos). En cuanto a la reciprocidad social (A1), no había evidencias de tener intereses en común, y él no iniciaba ni respondía a las interacciones sociales. Observar el cumplimiento estos tres criterios de la sección A.

Después, evaluar los patrones conductuales de Jonathan (el DSM-5 exige dos de cuatro tipos posibles de anomalías). Su habla era estereotipada (ecolalia, pues repetía exactamente las preguntas del examinador), y daba vueltas y agitaba las manos (ambas del Criterio B1). En su historia, había mostrado una marcada preferencia por lo mismo (B2: ver la misma película una y otra vez), y su conducta de oler es un ejemplo de respuesta hiperactiva a la información sensorial (B4); una respuesta hipoactiva o interés en estímulos sensoriales también formarían parte de este criterio. Tal vez se necesitaba hacer más entrevistas para saber si él también mostraba intereses muy restringidos (B3), pero dada la historia que se dispone, es muy probable que así haya sido.

Sus síntomas ocasionaron deterioro en su vida social y escolar (criterio D). Aunque sus capacidades intelectuales están por debajo del promedio, sus conductas de comunicación social estaban muy por debajo de lo esperado para alguien con sólo un

diagnóstico de discapacidad intelectual (criterio E). En el caso de Jonathan se podrían aplicar los especificadores *con discapacidad intelectual acompañante y con deterioro del lenguaje acompañante*. Aunque varias de sus conductas físicas son peculiares, no había ninguna (véase el recuadro de la página 214) que justificara el especificador de *con catatonía*.

Además, Jonathan mostró algunos otros síntomas que en algún momento se consideraron emblemáticos de lo que ahora se denomina TEA, pero ya no son síntomas esenciales: parecía usar a su madre como “objeto parcial” (llevándola de la mano para alcanzar un juguete), y usó el carrito como objeto para autoestimularse, más que para hacer una representación simbólica de un vehículo real. Otras características conductuales fueron el rechazo a recibir consuelo físico de parte del examinador y la falta de reconocimiento de que su madre había desaparecido del cuarto.

Varios trastornos adicionales corresponden al diagnóstico diferencial. Observa que el TEA no protege contra el desarrollo de **esquizofrenia**, que a veces empieza en la infancia; la (poco frecuente) concurrencia de estos dos padecimientos puede llevar a un caos diagnóstico. Algunos síntomas de los jóvenes con TEA parecen síntomas prodrómicos o residuales de la esquizofrenia: aislamiento, conducta desorganizada, aplanamiento emocional, creencias o intereses peculiares. Sin embargo, los pacientes con esquizofrenia casi siempre parecen normales los primeros 12 o más años de vida, y sin duda durante los primeros 3 o 4. Para hacer los dos diagnósticos en un solo individuo, el DSM-5 exige la presencia de delirios y alucinaciones marcados durante un mes, a veces menos si un tratamiento surte efecto con rapidez. En el caso de Jonathan, este diagnóstico diferencial fue fácil: aunque presentaba una notable falta de afecto y conductas motrices extrañas, no había delirios ni alucinaciones.

Los niños con **trastorno de movimientos estereotipados** presentan movimientos repetitivos, pero no las anomalías sociales y de lenguaje que caracterizan el TEA; se puede hacer los dos diagnósticos al mismo tiempo, pero los síntomas de movimiento tienen que ser tan notables que sean uno de los objetivos centrales del tratamiento (no es el caso de Jonathan). El **TDAH** no parecía un diagnóstico probable para Jonathan, pero hasta la mitad de los niños con TEA también tienen síntomas suficientes de hiperactividad o déficit de atención para recibir ese diagnóstico. Aunque Jonathan tenía retrasos significativos del lenguaje en el área verbal y no verbal (pragmática), el DSM-5 exige que la elección entre el TEA y el **trastorno de la comunicación (pragmático)**. Sus padres eran sensibles y lo apoyaban en sus necesidades, lo cual eliminó de manera eficaz la **privación psicosocial grave** como etiología rival.

Desde luego, la conducta restringida y repetitiva y los patrones de intereses de Jonathan, así como sus habilidades de comunicación empobrecidas y sus interacciones sociales, excedían por mucho lo que se espera de una persona cuyo único diagnóstico es discapacidad intelectual (relativamente leve). Pero ¿se debe diagnosticar una **discapacidad intelectual** concomitante? Aun cuando si **CI medido** fue de 75 (rango

límite), los límites del error podrían ubicar su **CI real** aún menor. Se haría el diagnóstico adicional si tuviera una discapacidad intelectual grave o profunda, pero ese no era el caso de Jonathan. Sin embargo, su nivel intelectual es suficientemente bajo para agregar un especificador de acuerdo con el DSM-5.

Quedan dos tareas en el diagnóstico de un paciente con TEA: describir la gravedad y aplicar especificadores descriptivos. El DSM-5 pide juzgar no la gravedad general del TEA de Jonathan, sino dividirlo en comunicación social y en conductas restringidas y repetitivas. Cada una se describe en términos del grado de apoyo que será necesario (véanse las Características esenciales, p. 178). El clínico que atendió a Jonathan juzgó que los niveles de gravedad de estos dos aspectos requerían un apoyo muy sustancial; sin embargo, esto no significa que otros pacientes no presenten deterioros mayores. El diagnóstico completo de Jonathan sería del siguiente modo:

F84.0 Trastorno del espectro autista, con discapacidad intelectual acompañante, con deterioro de lenguaje acompañante, y necesita ayuda muy notable para la comunicación social y las conductas restringidas, repetitivas

CGAS 35 (actual)

Síndrome de Asperger

Aunque el síndrome de Asperger (el DSM-IV lo llamaba trastorno de Asperger) se describió por primera vez al mismo tiempo (1944) que el autismo clásico y de que afecta a más pacientes, todavía en años recientes ha sido poco conocido. En parte, esto se relaciona con la psicopatología evidente, devastante de tantos niños con una enfermedad más amplia, y en parte con la facilidad con que los pacientes con síndrome de Asperger se pueden diagnosticar erróneamente con otros padecimientos mentales mayores.

Las personas con este síndrome tienen en común deterioros sociales y conductas idiosincrásicas y estereotipadas de los pacientes con TEA, pero sus habilidades de lenguaje verbal y su funcionamiento cognitivo están intactos. A diferencia de muchos otros niños con TEA, estos niños no muestran retrasos en el desarrollo de lenguaje. No sólo el crecimiento y el desarrollo pueden parecer por completo normales, sino que en muchos casos la inteligencia se conserva normal a lo largo de toda la vida (algunos individuos padecen discapacidad intelectual leve).

Aunque, por lo general, les gusta la compañía y la conversación de otras personas, los individuos con el síndrome de Asperger carecen de un sentido de “inteligencia social,” lo cual los hace parecer insensibles a los sentimientos de los demás. En consecuencia, a menudo se vuelven solitarios, quizá deseando amigos, pero sin las habilidades necesarias para conseguirlos. Los adultos jóvenes con esta forma de TEA producen palabras y oraciones que parecen perfectamente normales cuando escriben en papel, pero su habla se caracteriza por repeticiones, se ocupa de detalles y la ausencia de la prosodia normal y el lenguaje corporal que acompaña el habla en las personas normales. Aunque tienen

deterioros físicos menores de lo usual para otros pacientes con TEA, estos individuos a menudo son bastante torpes como niños. Algunos autores señalan que el cuadro clínico es similar al del trastorno de la personalidad esquizotípica.

Junto con el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno de Rett, el trastorno de Asperger fue un diagnóstico nuevo en el DSM-IV. Al igual que esos otros diagnósticos, se ha eliminado de la nomenclatura diagnóstica.² Debido a que presenta un cuadro tan diferente del de otros casos de TEA, se mantiene la siguiente viñeta ilustrativa.

Arthur

Cuando Arthur nació su madre se sintió aliviada. Su primer bebé, un niño prematuro, había muerto a las 2 semanas de nacer. Pero Arthur, rosado y regordete, había sido de lo más saludable, como lo confirman sus logros de desarrollo. Empezó a decir palabras a los 14 meses, y oraciones a los 18. A los 28 meses, recibió entrenamiento para controlar esfínteres. Aunque se sostuvo en pie a los 10 meses y caminó al cumplir un año de edad, se cayó en muchas ocasiones y caminaba balanceándose de un lado a otro; su madre le decía “mi marinerito”.

Después de sólo unas semanas en la guardería, la maestra solicitó una entrevista con los padres de Arthur. Dijo que el niño parecía disfrutar la compañía de otros niños, pero señaló que la manera en que se acercaba a ellos –gritando o pegando para llamar su atención– era en extremo contraproducente. También notó que, cada vez que intentaba hablar con él, Arthur desviaba la mirada de ella. Cuando hablaba, su voz tenía cierta cualidad monótona que la maestra no podía definir muy bien: “como si cantara, pero sólo con una nota”.

No obstante, su inteligencia por encima del promedio (CI Escala total de WISC-V = 116), Arthur tuvo un buen progreso a lo largo de la escuela. Fue enviado a una evaluación cuando estaba en sexto grado, sólo porque parecía no tener amigos fuera de su propia familia. En lugar de ello, tenía dos intereses demandantes: los sistemas telefónicos y su colección de CDs. Arthur había memorizado cantidades enormes de información acerca de historia, construcción, mantenimiento e incluso financiamiento de sistemas telefónicos. Su habitación estaba regada con partes de numerosos teléfonos viejos, y en el sótano había armado un conmutador manual con enchufes que en verdad funcionaban. Su colección de CDs era sumamente especializada: únicamente musicales originales. De acuerdo con su madre, si alguien alteraba el orden exacto en que él acomodaba su colección, se enojaba mucho. Pero incluso en esos momentos, su voz mostraba poca modulación, aunque su habla era clara y coherente, y podía expresar ideas complejas.

Durante la entrevista, Arthur habló con claridad, pero de una manera monótona acerca

de la reparación de la línea telefónica ignorando los intentos del entrevistador por cambiar de tema.

Evaluación de Arthur

Los déficits de comunicación social de Arthur le ocasionaron dificultades evidentes. No tenía amigos externos a su familia (criterio A3), y la manera de acercarse a otros niños era, a simple vista, anormal (A1). Su falta de contacto visual era sólo un ejemplo del déficit no verbal de comunicación (A2); su habla monótona era otro ejemplo.

¿Y qué hay de su conducta? No se supo de ninguna estereotipia real, pero sus intereses estaban demasiado restringidos a los equipos telefónicos (B3). Además, se ponía iracundo cada vez que se alteraba el orden exacto de su colección de CDs (B2). Estas dos características serían suficientes para catalogar esta conducta como restringida/repetitiva.

Los síntomas de Arthur empezaron a una edad temprana (C); el deterioro que le ocasionaron se manifestaba en las conversaciones que sus padres tuvieron con la maestra (D). No se presentó **discapacidad intelectual** (E).

Si Arthur hubiera sido enviado a evaluación unos años después, alguien que desconociera su historia podría haber pensado que se trataba de un **trastorno de la personalidad esquizoide**. Sin embargo, dicho padecimiento suele ser visible en edades más avanzadas y afecta la interacción social en un grado menor del que se observó en Arthur. Aunque sus intereses tan restringidos se parecían superficialmente a las obsesiones del **trastorno obsesivo-compulsivo**, el TOC no suele restringir los intereses del niño de una manera tan dramática como en el caso de Arthur. Sin embargo, el TOC a menudo empieza en la infancia.

¿Qué sucedió con el trastorno de Rett? Los **trastornos generalizados del desarrollo** del DSM-IV, la clasificación general del espectro que abarca el autismo clásico y sus derivados, incluía un subtipo llamado trastorno de Rett. Descrito por primera vez en 1966, el trastorno de Rett no logró aceptación mundial hasta que la primera publicación en lengua inglesa que lo describió apareció en 1983.

Después de los primeros meses de vida, cerca de 1 de cada 10 000 niñas pierde los movimientos intencionales ya adquiridos de las manos y empiezan a hacer movimientos estereotipados de lavarse las manos. También choca los dientes y tienen problemas para masticar, así como dificultades para respirar (hiperventilación, tragar aire o apnea). Las que pueden caminar tienen un paso en el que ponen las piernas muy rígidas. Estas niñas pierden las capacidades de lenguaje ya adquiridas y muestran poco o ningún interés en objetos u otras personas; tres cuartas partes o más tienen convulsiones. Su discapacidad intelectual a menudo es grave o profunda. Con una capacidad para cuidar de sí mismas por completo perdida, los efectos en el niño y su familia son devastadores, aunque, en última instancia, el niño puede recobrar cierta capacidad para comunicarse (sobre todo mediante el contacto visual).

En 1999, se encontró que el factor responsable era una mutación de un gen localizado en el cromosoma X; debido a que en todo paciente con la mutación sólo ocurre, la enfermedad no se hereda de los padres, y los hermanos no sufren afectaciones. Los niños con este padecimiento, por lo general, no sobreviven.

Así que ¿qué ocurrió con el trastorno de Rett? Ahora llamado síndrome de Rett, aún anda por ahí, aunque se define y se comprende mejor, y ya no se considera un grupo mayor del TEA. Este cambio refleja su etiología monogenética demostrada y el hecho de que las características autistas suelen ser notables sólo en los primeros cuatro años de vida. En el DSM-5, si los síntomas autistas justifican el diagnóstico de TEA, se agrega el especificador de *síndrome de Rett asociado*.

Desde luego, el grado de deterioro de un paciente es cuestión de juicio clínico. En el caso de Arthur, se puede agregar que “Necesita ayuda” o “Necesita ayuda notable” tanto en la comunicación social como en las conductas restringidas, repetitivas. El clínico que atendió a Jonathan eligió la categoría menos grave, porque muchos otros niños presentan afectaciones mucho más graves que él; otros clínicos habrían elegido otra opción. El diagnóstico completo de Arthur sería:

F84.0 Trastorno del espectro autista, sin deterioro del lenguaje ni discapacidad intelectual, necesita ayuda para la comunicación social y las conductas restringidas, repetitivas.

CGAS 45 (actual)

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Sugerencias generales

Quizá más que en cualquier otro diagnóstico, el TEA pone a prueba la capacidad para valorar un diagnóstico diferencial. Esto se debe a que los aspectos de estos trastornos se superponen con muchos otros; se deben descartar los trastornos neurológicos, muchos otros trastornos mentales mayores y (cuando un paciente es adulto) el trastorno de la personalidad esquizotípico o esquizoide. Los niños con TEA pueden ser torpes o tener otros problemas de la motricidad voluntaria, así que se debe prestar atención a la coordinación motriz gruesa y fina; también se puede diagnosticar al niño con un trastorno del desarrollo de la coordinación.

Algunos niños con TEA no hablan, y los que sí utilizan el lenguaje de manera inapropiada. Hacen preguntas demasiado personales. (Una respuesta adecuada a una pregunta personal suele ser alguna variación de “No puedo decirte, pero puedo dejar que veas qué hay en la caja”). Al igual que en la evaluación de pacientes jóvenes, seguir los intereses o pasatiempos favoritos del niño y mostrar disposición para participar en sus actividades ayuda a crear una relación con el niño. Y como suele suceder con niños que presentan discapacidad intelectual, la respuesta por defecto de los niños con TEA a las preguntas que no entienden por completo es “sí”.

Cuando se evalúa a un niño por un posible TEA, es crucial observar la facilidad con la que interactúa verbal y afectivamente contigo. ¿El niño se muestra indiferente? ¿Rechaza el contacto físico? ¿Ni siquiera hace contacto visual? A veces, es útil mecerse o balancearse espejeando (pero procurando que no parezca burla) la conducta del niño. Después de un tiempo, el niño tal vez desee seguir los movimientos, de modo que se establece una conexión en cierto nivel y ayuda a evaluar qué tanto el niño desea/es capaz de relacionarse con los demás, aunque sea exclusivamente a nivel no verbal.

Cerca de 30% de estos niños presentan un deterioro cognitivo; el desempeño en pruebas no verbales de inteligencia suele ser mejor que en las pruebas verbales. Al igual que en los casos de discapacidad intelectual, las personas con TEA tienen tal diversidad de capacidades que es buena idea hacer a un lado las nociones preconcebidas acerca de las capacidades del paciente. Un niño puede desafiar las habilidades para interactuar y experiencia como entrevistador, quizá más que uno con cualquier otra discapacidad grave. Se requieren varias sesiones para terminar la evaluación.

Factores de desarrollo

Hay una variación individual considerable en la edad de inicio. Los síntomas tipo Asperger a veces se detectan hasta la edad de 2 o 3 años, cuando la socialización esperada no se desarrolla. (Los videos caseros ayudan a establecer si hubo un desarrollo temprano normal). Pero el diagnóstico de TEA se sospecha, a veces, desde el primer año de edad por su rígida resistencia a abrazar, no levanta los brazos para que lo carguen, sonrisa social inconsistente y resistencia a nuevas

experiencias (sobre todo de nuevos alimentos). En el segundo año, su actitud social distante puede ser evidente en su falta de atención compartida, no señala o su renuencia a sostener la mirada de un adulto. Más tarde, el retraso en el lenguaje hablado se vuelve notable.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

A través de múltiples cambios en los criterios y aún más cambios de nombre, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (casi siempre abreviado como TDAH) sigue siendo uno de los padecimientos de salud mental que se diagnostica con mayor frecuencia en la infancia. Cuando se toman en cuenta distintos estudios, se presenta en casi 7% de niños en edad escolar, y parece ir en aumento. Afecta dos veces más a los niños varones que a las niñas (hasta cierto punto, en las niñas se detecta menos de lo que debería ser); la disparidad entre los géneros desaparece en la madurez. Se diagnostica menos entre los europeos, quienes piensan que los norteamericanos clasifican de manera errónea con frecuencia a niños que “sólo” tienen un trastorno de la conducta.

Los síntomas suelen empezar antes de que el niño entre a la escuela; por definición, es necesario que algunos síntomas se presenten antes de los 12 años de edad, aunque el diagnóstico, por lo general, se hace después de varios años en la escuela primaria. A veces, las madres informan que sus niños con TDAH lloraban más que sus otros hijos cuando fueron bebés, o que padecieron cólicos, fueron irritables o dormían muy poco (o incluso que pateaban de manera excesiva antes de nacer).

Se ha observado que el TDAH se presenta en las familias, y, en general, se acepta que tiene una base genética; de hecho, su herencia es de cerca de 75%. Se han encontrado evidencias de la influencia ambiental cuando la madre fuma o consume alcohol, y cuando el niño es expuesto a toxinas como plomo. Factores putativos que **no** se han sometido al escrutinio científico incluyen ver televisión y una dieta rica en carbohidratos o colorantes artificiales.

Aunque algunos niños muestran sólo síntomas de hiperactividad/impulsividad, la gran mayoría también (algunos, exclusivamente) presentan síntomas de falta de atención. La hiperactividad/impulsividad se encuentra, sobre todo, en los niños más pequeños. Pero las modalidades (el DSM-IV las llamaba *tipos*) son inestables. La disruptividad, trabajos escolares de baja calidad, torpeza y comentarios impulsivos a menudo hacen que estos niños sean impopulares entre sus pares y adultos. En una evaluación completa, se debe evaluar la conducta en distintos ambientes donde se desenvuelve el niño o adolescente:

casa, escuela, relaciones sociales, posiblemente trabajo. El ambiente por sí mismo puede afectar los síntomas; se ha observado que niños con TDAH se controlan mejor cuando están en el consultorio del clínico, y cuando el padre está presente. Su rendimiento es mejor al principio del día, y en tareas sencillas.

El trastorno negativista desafiante y, en menor grado, el trastorno de la conducta a menudo son comórbidos con el TDAH, y éste suele desarrollarse primero. El trastorno depresivo persistente (distimia) y los trastornos de ansiedad son comórbidos en 25-30% de los niños con TDAH. La distinción es importante, porque los niños que tienen trastornos comórbidos obtienen mayores beneficios un tratamiento médico combinado con uno psicosocial, mientras que se consiguen mejores resultados sólo con medicamentos cuando el niño que sólo tiene TDAH.

En la adolescencia, los síntomas de TDAH, por lo general, disminuyen, aunque algunos aspectos del trastorno a veces persisten en la vida adulta. El TDAH también es un factor de riesgo para posteriores trastornos depresivos y de ansiedad, y muchos de estos niños tienen riesgo de caer en el consumo de sustancias o de alcohol.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

Los maestros notan y envían a evaluación a estos niños, que siempre están en movimiento, alterando la clase con su inquietud o intranquilidad, saltando de sus lugares, hablando sin parar, interrumpiendo a los demás y siendo incapaces de esperar su turno o de jugar en calma.

De hecho, la hiperactividad sólo es la mitad de la historia. Estos niños también tienen dificultades para poner atención y mantenerse enfocados en su trabajo o juego: la parte de falta de atención. Distráidos con facilidad (y, por lo tanto, no les gusta y evitan el esfuerzo mental sostenido como las tareas escolares), no atienden a los detalles y, por ello, cometen errores por descuido. Sus habilidades pobres de organización dan por resultado tareas u otros materiales perdidos, e incapacidad para llevar a término quehaceres o faltar a sus citas.

Estas conductas invaden muchos aspectos de su vida, incluyendo la escuela, las relaciones familiares y la vida social fuera de casa. Un poco modificadas, estas conductas pueden acompañarlos durante la adolescencia y más allá.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (6+ meses; inicio antes de la edad de 12 años) • Discapacidad (deterioro social, educativo, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (discapacidad intelectual, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastorno del espectro autista, trastorno de la conducta o negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastornos específicos del aprendizaje, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastornos psicóticos o de personalidad u otros trastornos mentales).

Notas de codificación

Especifica (de los últimos 6 meses):

F90.0. Presentación predominante con falta de atención. Se cumplen los criterios de falta de atención, pero no de hiperactividad/impulsividad.

F90.1. Presentación predominante hiperactiva/impulsiva. A la inversa.

F90.2. Presentación combinada. Se cumplen ambos conjuntos de criterios.

En remisión parcial. Cuando el padecimiento persiste (tal vez en la adultez), pueden perderse suficientes síntomas para que ya no se cumplan por completo los criterios, pero el deterioro persiste.

Especifica la gravedad actual:

Leve. Se encuentran relativamente pocos síntomas.

Moderado. Intermedio.

Grave. Se experimentan muchos síntomas, muchos de los requeridos para el diagnóstico.

Randy

Su experiencia con otros dos hijos apacibles hizo que la madre no estuviera preparada para Randy, de 8 años de edad. “Nunca aprendió a caminar; cuando tenía 10 meses de edad, empezó a correr. Desde entonces, ha estado corriendo todo el tiempo,” dijo al entrevistador.

“Incluso antes de entrar a la escuela, ya sabía que él era diferente. Sus hermanos podían sentarse y colorear o hacer construcciones con bloques por una hora, pero Randy sólo duraba unos minutos. Y todas las tardes tenía que recordarle que le diera su comida al perro. Pero aprendía muy rápido, incluso cosas complicadas, si tan sólo lograbas despertar su interés”.

En el primer año, le fue muy bien. Era una pequeña clase de “demostración, y había un maestro practicante que redirigía su persistente hiperactividad, lo suficiente para mantenerlo fuera de problemas. Pero este año, el tamaño del grupo creció, y las quejas de su nuevo maestro acompañó a casa a Randy en un flujo constante. Una parte de una de ellas decía, “... y él responde algo que le pregunté a otros niños. Con frecuencia me interrumpe, incluso antes de que termine la pregunta. No ayuda el hecho de que con frecuencia responde correctamente”. Hablaba durante “periodos de calma,” y **nunca** se quedaba en su lugar por más de 5 minutos a menos que el maestro se parara justo frente a él. Luego, Randy se movía, se retorció y tamborileaba los dedos o hacía chasquidos con la boca hasta que nadie a su alrededor podía concentrarse.

Su madre había notado muchas de las mismas conductas problemáticas en casa. No terminaba sus tareas escolares a menos que ella o el padre estuvieran encima de él; se distraía con sus hermanos, la televisión, el gato o una araña que tejía su telaraña en la esquina. Los trabajos que terminaba eran apresurados y estaban “lentos de errores que no debería cometer, porque él es brillante”.

“Su padre era igual cuando era niño; ahora es un químico investigador, pero aún tiene problemas para concentrarse. Pero Randy debe haber heredado el carácter de mi familia; él es muy despreocupado y positivo. Incluso les agrada a sus hermanos, aunque se quejan de que siempre está entrometiéndose en todo”.

En la primera entrevista, Randy se sienta en la mesa de dibujo y con alegría hizo un dibujo con crayones de un niño dibujando con crayones. Él era un pelirrojo pecoso que admitía que a veces no se comportaba muy bien. “Parece que no puede evitarlo,” dijo, luego añadió con gran lucidez, “Tal vez aprenda cómo el próximo año”. Dijo que su a su maestra él no le caía bien. “La señorita Rucker dice que soy descuidado y pierdo mis cosas, como mi lápiz y mis libros. Y cuando levantó la tapa de mi mesa y le mostró a la clase cómo se veían mis cosas ahí dentro, todos los niños se rieron”.

Después, comentando sobre la conducta calmada de Randy durante la entrevista, su madre dijo, “Así fue también cuando lo llevamos al pediatra. Es como tratar que arregle la televisión, pero siempre funciona bien en la tienda”.

Evaluación de Randy

El TDAH se puede diagnosticar con relativamente pocos síntomas, pero debe haber al menos seis del grupo de falta de atención o del de hiperactividad-impulsividad. Randy tenía síntomas de los dos grupos. En el grupo de falta de atención, a menudo cometía errores por descuidos (criterio A1a), no mantenía la atención (A1b), parecía no escuchar (A1c), no terminaba los quehaceres (A1d), tenía problemas para organizar cosas (A1e: escritorio desorganizado), materiales escolares perdidos (A1g), y se distraía con facilidad (A1h). En el grupo de hiperactividad-impulsividad, él se retorció (A2a), vagaba por el salón de clases (A2b), hablaba en periodos de calma (A2d), estaba en movimiento de manera excesiva (A2f) y respondía preguntas que se habían a otros niños del salón de clases (A2g). Incluso a sus hermanos les parecía intrusivo (A2i).

Algunos síntomas de Randy habían estado presentes desde su infancia temprana (B), y los problemas que resultaron de su conducta fueron evidentes en la escuela y en casa (C); los señalamientos de su maestra hacen claro que sus síntomas interferían con su desempeño académico. Pero a juzgar a partir de los criterios de exclusión (E), el DSM-5 parece considerar el TDAH como un diagnóstico que no se debe tomar en cuenta al principio (tampoco al final) del proceso de evaluación. Por lo tanto, ¿otro trastorno podría explicar los síntomas de Randy? Los niños con **trastorno del espectro autista** no se comunican tan bien como Randy. La **discapacidad intelectual** se podría descartar por el hecho de que aprendía con rapidez, una vez que se capturaba su atención. Los pacientes con **trastornos del estado de ánimo** (sobre todo los trastornos bipolares) pueden mostrar agitación o tener periodos cortos de atención; aunque la conducta de Randy era alegre, habría que obtener más información de parte de sus padres sobre sus síntomas depresivos y maníacos, así como sobre síntomas de los **trastornos de ansiedad**. Desde luego, no hubo evidencia de un **trastorno psicótico** como la **esquizofrenia**. Muchos pacientes con **trastorno de Gilles la Tourette** también son hiperactivos; la viñeta no incluye evidencias de **tics motores o vocales**, y tendría que haberse preguntado a los padres al respecto. Aunque el DSM-5 recomienda descartar los **trastornos de la personalidad**, tales diagnósticos serían difíciles de sustentar en un niño

tan pequeño.

Hace un par de generaciones, el sello distintivo del TDAH era la conducta inquieta, que determinó uno de sus nombres anteriores: **síndrome del niño hiperactivo**. Estos niños eran descritos como “arrastrados por la actividad motriz”, que siempre estaban corriendo y tenían problemas para sentarse tranquilos. En las últimas dos décadas, los problemas para mantener la atención se convirtieron en la parte medular de este trastorno, que ahora con un poco de torpeza se denominó trastorno por déficit de atención/hiperactividad (no nos extraña que la abreviatura TDAH se volviera tan popular). Los trabajos más recientes sugieren otra teoría: que es resultado del desarrollo retrasado de los mecanismos cerebrales responsables del autocontrol y la inhibición de los impulsos. Si siguen encontrándose evidencias que apoyen esta teoría, las futuras ediciones de los manuales diagnósticos pueden conferir un nombre diferente a este padecimiento intrigante y de gran frecuencia.

Los niños que fueron criados en un **ambiente social caótico** pueden ser hiperactivos o faltos de atención; hasta donde se sabe, la vida en casa de Randy fue estable y de apoyo. La viñeta no contiene evidencia de malas conductas intencionales que sugerirían otros **trastornos de conducta**, como el **trastorno negativista desafiante** o el **trastorno de la conducta**, los cuales acompañan con frecuencia al TDAH. De hecho, Randy parecía sentirse mal por no poder controlarse. Los **trastornos específicos del aprendizaje** también pueden ser comórbidos con el TDAH y los trastornos de la conducta disruptiva, y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier niño que presente conductas de descarga en la escuela.

Debido a que Randy mostró síntomas suficientes de los dos grupos, hiperactividad-impulsividad y falta de atención, el subtipo de su diagnóstico sería **presentación combinada**. De hecho, éste es el subtipo más común en niños mayores (en los niños más pequeños, la más común es **presentación predominante hiperactiva/impulsiva**). El diagnóstico de Randy, quedando pendiente otra entrevista con sus padres, sería así:

F90.2 Trastorno por déficit de atención, presentación combinada.
CGAS 65 (actual)

F90.8 Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad

F90.9 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado

Los niños hiperactivos o que tienen problemas para mantener la atención, pero no cumplen con los criterios de TDAH se puede codificar con otro TDAH especificado o no especificado. Este diagnóstico se puede usar en casos en que se desea especificar por qué un niño no cumple con los criterios de TDAH o cualquier otro trastorno específico del neurodesarrollo.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE

ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

Sugerencias generales

Evaluar la conducta hiperactiva, falta de atención, negativista, disruptiva o de algún otro modo difícil de controlar plantea un desafío a cualquier entrevistador, sin importar cuán experimentado sea. Aunque muchos niños que llegan a evaluación por hiperactividad o conducta negativista se mueven y se retuercen, la hiperactividad significativa a menudo no es observable en la entrevista con estos niños. Las nuevas situaciones y ambiente, como la primera visita al consultorio, a veces operan para suprimir la actividad. Observaciones consecutivas en distintas visitas ponen en primer plano las conductas disruptivas. El negativismo sólo puede hacerse manifiesto con adultos que el niño conoce bien. Sin embargo, incluso una sola sesión puede ser suficiente para que la falta de atención a la conversación se revele, así como el juego desorganizado con muñecos y juguetes, y la incapacidad para esperar turnos al jugar un juego.

En ninguna otra área de la salud mental infantil es más importante buscar y usar múltiples fuentes; la combinación de padres que no saben de su hijo y un niño poco confiable –los niños no son observadores en quien se pueda confiar tratándose de sus propios problemas hasta la edad de 9 años– es el escenario para la confusión diagnóstica. A medida que el niño crece, es más y más importante evaluar los efectos de las conductas en la escuela.

Factores del desarrollo

En niños preescolares, el TDAH es difícil de distinguir de falta de atención que resulta del impulso normal de exploración. Entonces, deben hacer mayor hincapié de lo usual en las historias de los padres y los maestros. (DSM-5 exige que estas conductas se informen al menos de dos escenarios). Los niños mayores tienen la autoconsciencia suficiente para informar su sensación de inquietud interna. Los niños más pequeños tienden a ser más hiperactivos/impulsivos; los mayores, al TDAH con presentación combinada. Los adolescentes (y adultos) experimentan problemas con la atención y la organización, y muestran con menor frecuencia que los niños más pequeños signos de franca hiperactividad motriz.

Aunque los criterios del TDAH del DSM-5 especifican una duración de sólo 6 meses, es más seguro considerar síntomas que han durado 12 meses o más, sobre todo en niños pequeños.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

En trastorno específico del aprendizaje (TA) es un problema específico para adquirir o usar una habilidad escolar básica (leer, escribir o aritmética). Este problema debe ser mayor de lo normal de acuerdo con la edad del niño, y no se explica por factores como la cultura, otro trastorno mental, un déficit sensorial (como deterioro de la visión o la audición),³ estatus socioeconómico o exposición a la enseñanza. Estas exclusiones son importantes, porque ayudan a definir una serie de problemas en que hay discrepancia entre el rendimiento escolar real del niño y la capacidad teórica para aprender; una inconsistencia que algunos han llamado **inesperada**, porque la inteligencia de la persona y la exposición a los métodos de enseñanza no la predicen.

Aunque la presencia de un TA se sospecha a partir de la historia narrada por un padre, hacer el diagnóstico requiere aplicar una prueba estandarizada de aplicación individual. Desde luego, para ser válido, tal instrumento debe ser adecuado y sensible en términos culturales. Al igual que la mayoría de todos los demás trastornos del DSM-5, el TA no se puede diagnosticar a menos que tenga consecuencias en la vida escolar, laboral o social. Debido a los distintos estándares y métodos de determinación, la epidemiología de los TA sigue siendo bastante especulativa. La frecuencia de un TA en algún momento de la vida de la población general, es probablemente de 10% o incluso mayor. El TA con deterioro de la lectura es por mucho el tipo más común; los otros tal vez tienen correlaciones altas con él.

La magnitud de las consecuencias conductuales y sociales del trastorno del aprendizaje está directamente relacionada con la gravedad del deterioro y con la rehabilitación educativa y el apoyo social disponible. Cerca de tres cuartas partes de los niños con un TA tienen problemas sociales con pares; la baja autoestima también es una consecuencia frecuente. Más de 30% de los niños con diagnóstico formal de TA nunca reciben un certificado regular de bachillerato, en comparación con el promedio nacional de menos de 20%. Entre los trastornos conductuales infantiles, se encuentra el trastorno de la conducta, trastorno negativista desafiante, TDAH y varios trastornos de la comunicación. De hecho, algunos expertos creen que los trastornos de la comunicación y los del aprendizaje forman parte de un continuo, en vez de ser entidades separadas. Sin embargo, el DSM-5 no adopta este enfoque.

F81.0 TA con dificultades en la lectura

Llamado trastorno de la lectura en versiones anteriores del DSM, y también llamada dislexia con frecuencia, el TA con dificultades en la lectura es el TA mejor estudiado. Se presenta cuando un niño (o adulto, en caso de que persista) tiene alguno de estos tres problemas relacionados con la lectura: 1) lee palabras de manera inexacta, 2) lee con lentitud o con titubeos, o 3) tiene dificultad para entender el significado del texto (comprensión). La fluidez de la lectura es el aspecto principal. La comprensión y el pobre vocabulario puede ser resultado de un nivel insuficiente de lectura. Las dificultades con la lectura pueden presentarse como alteración del salón de clases o no aceptación de las tareas escolares.

La palabra **específico** del nombre **trastorno específico del aprendizaje** se refiere, de modo extraño, al hecho de que, al diagnosticar los trastornos del aprendizaje, se debe **descartar** varias causas específicas. Es decir, la capacidad para leer, escribir o hacer operaciones matemáticas no afectada por un problema sensorial, como mala visión o baja audición; tampoco es lo que se esperaría de una persona con discapacidad intelectual u otro trastorno mental; tampoco se debe a un trastorno médico (como un problema neurológico). El TA tampoco se debe a una falta de oportunidades para aprender (pobreza, inasistencia a la escuela). El hecho de que puede estar limitado a una faceta de una habilidad académica (como la ortografía precisa) se arguye como otra razón para considerar estos trastornos como específicos. En nuestra opinión, la mejor razón de todas para catalogar estos déficit como **específicos** es que, se supone, tienen bases biológicas que incluyen factores genéticos o ambientales que afectan el desarrollo cerebral.

El TA con dificultades en la lectura afecta alrededor de 5% de los niños en edad escolar, y el porcentaje afectado puede ser mayor de lo que sería si la comprensión de lectura se considerara de manera rutinaria. Los niños varones suelen estar sobrerrepresentados en 3:1 o 4:1 aunque en poblaciones definidas con precisión en los criterios de la investigación, la proporción de hombres y mujeres es más equilibrada. Estos hallazgos indican que los niños son los que tienen más probabilidades de ser enviados a una evaluación; quizá otros factores (¿nivel de actividad?) hacen que los padres o maestros decidan que el niño necesita ser evaluado.

El TEA con dificultades en la lectura se ha atribuido a diversas causas. A menos que reciba tratamiento, no mejora con el tiempo, así que no se puede ver sólo como un retraso en la maduración. Algunos estudios indican que alrededor de la mitad del riesgo de este trastorno tiene una base genética: muchos pacientes tienen un padre con dislexia, y en los pares de gemelos monocigóticos en donde uno tiene dislexia, dos terceras partes de sus hermanos también lo padecen. Las habilidades fonológicas son importantes en el desarrollo de la capacidad de lectura, y el trastorno fonológico se encuentra con frecuencia en las familias de pacientes con dislexia. Los estudios con neuroimagen han encontrado anomalías en regiones cerebrales (corteza izquierda posterior fusiforme) responsables de las funciones del lenguaje como el reconocimiento de palabras. Debido a que la estimulación temprana es tan importante en las primeras etapas del desarrollo, los niños con desventajas sociales tienen un riesgo especial. De hecho, se ha informado que intervenciones conductuales y farmacológicas ayudan a los pacientes con dislexia.

Al igual que con muchos otros trastornos de la infancia, el pronóstico depende de diversos factores. El más importante de todos es la gravedad: un nivel de lectura dos desviaciones estándar por debajo del promedio tienen una perspectiva particularmente mala. Otros factores que sugieren un mal pronóstico son los padres que tienen un nivel educativo bajo y capacidades intelectuales generales bajas del niño (aunque se conoce un niño con síndrome de Down y un CI de apenas 70 que aprendió a leer oraciones fonéticamente a la edad de 3 ½ años). En un estudio de seguimiento de niños de 7 años de edad, después de un tratamiento, 40% leía con normalidad a la edad de 14. El pronóstico en este grupo no tenía relación con el género, la presencia de problemas fonológicos o TDAH (que es comórbido en cerca de un tercio de los casos).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

El paciente tiene problemas importantes con la lectura, la escritura y la realización de operaciones aritméticas, esto es:

La lectura es lenta o requiere de un esfuerzo desmesurado, o el paciente tiene una dificultad marcada para captar el significado.

Hay problemas con el contenido de la escritura (no los aspectos físicos de la escritura); errores gramaticales, ideas expresadas de un modo poco claro o mal organizado, u ortografía inusualmente creativa.

El paciente experimenta una dificultad inusual con los hechos matemáticos, cálculo o razonamiento matemático.

Sin importar qué habilidades estén afectadas, las puntuaciones de las pruebas estandarizadas son notablemente menores de lo esperado para la edad del niño.

Las letras pequeñas

Los expedientes escolares de las dificultades se pueden usar en lugar de las pruebas en el caso de pacientes mayores de 17 años de edad.

Las D: • Demografía (inicio en los primeros años escolares, aunque las manifestaciones completas aparecen sólo cuando las demandas exceden las capacidades de los pacientes) • Discapacidad (deterioro social, escolar, laboral) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos como visión, audición o rendimiento motor, discapacidad intelectual, TDAH, carece de una instrucción adecuada, baja capacidad de lenguaje).

Notas de codificación

Código por área de deterioro:

F81.0 Con dificultades en la lectura. Especifica la exactitud de la lectura de palabras, ritmo o fluidez de lectura, o comprensión de la lectura.

F81.81 Con dificultades en la expresión escrita. Especifica la exactitud ortográfica, gramática y de puntuación, o la claridad u organización de la expresión escrita.

F81.2 Con dificultad matemática. Especifica el sentido numérico, la memorización de hechos aritméticos, cálculos exactos o fluidos, o razonamiento matemático exacto.

Por cada disciplina (y subconjunto) afectada, especifica la gravedad:

Leve. Hay algunos problemas, pero (a menudo con ayuda) el paciente puede compensar sus dificultades para tener éxito.

Moderado. Hay dificultades notables que requieren medidas de rehabilitación considerables para adquirir dominio. Puede ser necesario reubicar al paciente en otro programa educativo.

Grave. Problemas críticos difíciles de superar sin medidas de rehabilitación intensivas. Incluso los servicios de apoyo amplios pueden no lograr compensar de manera adecuada las dificultades.

Tad

Tad Lincoln, el hijo menor de Abraham Lincoln, constituye un ejemplo de cómo distintos trastornos de la infancia pueden ocurrir en un solo individuo. Es probable que Tad (su nombre real fue Thomas, pero su padre pensó que su conducta de retorcerse en el primer año de vida semeja los movimientos de un renacuajo) tuviera lo que hoy se denomina TDAH. En ese tiempo, su conducta siempre animada, y a menudo frenética, le valió numerosos epítetos, como “mocosos echado a perder” y “el gato salvaje del demente”. Como un biógrafo lo expresó, “La mente de Tad estaba repleta de planes y su cuerpo nunca descansaba”. Incluso su madre, Mary Todd Lincoln, quien lo adoraba y quien sin duda presentó algo parecido al trastorno de síntomas somáticos, se refería a él

como “mi problemático rayo de sol”. Los miembros del personal de la Casa Blanca de aquella época contaban historias de las tremendas travesuras de Tad. Comía frambuesas que el cocinero había cultivado fuera de temporada para una cena estatal; pateó un tablero de ajedrez equilibrado en las rodillas de su padre y un juez que los visitaba; marcaba con un cuchillo los muebles de la Casa Blanca; se llevó cabras del Cuarto Este, subido en una silla de la cocina detrás de ellas. Disparó una pistola desde la ventana de la planta alta y ondeó una bandera Confederada mientras su padre hacía el pase de lista a las tropas de la Unión.

Además de su conducta y nivel de actividad, Tad tenía otros problemas del desarrollo. Entre ellos, estaban las dificultades en la pronunciación. Después del asesinato de su padre, se informó que Tad, de 12 años de edad, había dicho “Papa’s tot,” refiriéndose a su padre había sido asesinado (*shot*). Otra historia de la misma época describía los esfuerzos de Tad para leer. Su madre le mostró un dibujo de un primate con la palabra *ape* (chimpancé) escrita debajo. “Monkey” (mono), pronunció Tad.

Poco después de que murió su padre, se informó que Tad se comportaba mejor. “No soy el hijo de un presidente ahora,” se dijo que había expresado. “Ya no tendré muchos presidentes. Bueno, intentaré y seré un buen chico...” Empezó a estudiar en serio y rebasó a los de la misma edad tanto en aprendizaje y en ambiciones a la edad de 18 años, cuando murió de tuberculosis.

Evaluación de Tad

¿El retraso de Tad en el aprendizaje de la lectura se explica mejor por el hecho de que aborrecía los libros y el estudio, o la relación de causa y efecto era a la inversa? La historia subsiguiente de Tad contradice las causas físicas como una **visión o audición deterioradas**, y otros trastornos mentales como el **trastorno del espectro autista** o la **discapacidad intelectual**, aunque estos padecimientos aparecen en el diagnóstico diferencial de cualquier TA. Se puede argumentar que la sustitución de palabras (*monkey* en lugar de *ape*) es evidencia de la dislexia. ¿Y qué hay de las dificultades de Tad con la pronunciación? Desde luego, el diagnóstico de **trastorno fonológico** requeriría una muestra mucho más grande del habla de lo que se obtuvo en el informe, así como evidencia de que sus problemas con la producción del habla contribuyeron de manera independiente a las dificultades de Tad en casa, el trabajo o los estudios. Al menos un observador aseguró que Tad tenía fisura de paladar, que es uno de los defectos estructurales que se suelen asociar con el trastorno fonológico. Los **factores culturales** a veces se deben considerar, como en los casos en que hay una exposición inadecuada a la lengua materna.

En la opinión de observadores contemporáneos y algunos biógrafos, los retrasos del desarrollo de Tad y la conducta indisciplinada se originaron por los mimos y la pereza. El diagnóstico moderno de TDAH (encontrado en hasta 20% de los niños con TA) requeriría síntomas adicionales de hiperactividad, impulsividad, tendencia a la distracción,

falta de atención en distintas situaciones escolares y sociales.

Sin los beneficios de la observación y las pruebas modernas, el diagnóstico de Tad sigue siendo incierto... así que no se formulará un diagnóstico general de Tad Lincoln.

F81.2 TA con dificultad matemática

Se sabe mucho menos del TA con dificultad matemática que el de las dificultades en lectura. Se encuentra en 5 o 6% de los niños en edad escolar de todo el mundo, con una proporción de niños varones y niñas de 1:1. Obviamente, no se puede presentar hasta que el niño empieza a hacer operaciones matemáticas, desde el jardín de niños, en la mayoría de casos empieza en el segundo grado. Estos niños tienen dificultades para hacer operaciones matemáticas, desde las elementales hasta las complejas: contar, reconocer símbolos matemáticos, aprender hechos matemáticos (como las tablas de multiplicación), hacer sumas y otras operaciones sencillas, comprender términos matemáticos y comprender problemas con historias.

Quizá la mitad de estos niños también tienen TA con dificultades en la lectura, que exacerban los problemas con las matemáticas (como los problemas con historias), y muchos también cumplen con los criterios de TDAH. El TA con dificultad matemática se debe diferenciar de la así llamada “ansiedad ante las matemáticas,” que ocasiona que algunas personas eviten las clases de matemáticas y las carreras que requieren cálculos. Trabajos recientes sugieren que la discalculia del desarrollo (sinónimo que a veces se usa) es resultado de una anomalía en el surco intraparietal que es, al menos en parte, genético. Muchas personas siguen teniendo dificultades con las matemáticas en su vida adulta, cuando puede causarles problemas para entender los riesgos y beneficios de situaciones de la vida cotidiana.

F81.81 TA con dificultades en la expresión escrita

El TA con dificultades en la expresión escrita se ha explorado aún menos que los otros dos TA. En parte, esto se debe a que es difícil de definir y de medir objetivamente. Implica copiar y poner ideas en el papel, aspectos mecánicos de la escritura, como la ortografía, la gramática y la puntuación y organizar información para que fluya y tenga una secuencia que constituya una presentación clara. Las dificultades suelen ser notables en el segundo grado, cuando el niño empieza a cometer errores gramaticales, ortográficos, de puntuación y de organización de párrafos. En años posteriores, tomar notas de las clases es muy problemático. Estos niños también tienen una escritura a mano indescifrable, pero no se hace el diagnóstico si el único problema es la caligrafía. Por lo general, el diagnóstico no es adecuado si el paciente sólo tiene una pobre coordinación, como en el trastorno del desarrollo de la coordinación.

La epidemiología del TA con dificultades en la escritura es sucia. Aunque de 1 a 3% de todos los niños escolares presentan este trastorno en los primeros grados, la frecuencia estimada en escuelas de educación media varía entre 6 y 22%. A menudo es comórbido

con dislexia.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

Sugerencias generales

El diagnóstico de cada tipo de TA (aparte de requisitos menores de la expresión escrita) requiere de pruebas estandarizadas de aplicación individual. Por supuesto, antes de que la evaluación llegue a este punto, en casi todos los casos habrá información de padres y maestros que indique el camino. Por esa razón, la entrevista de un paciente con, por ejemplo, TA con dificultades en la lectura se aprovecharía mejor si se buscan trastornos comórbidos como otro TA, un trastorno de la comunicación o TDAH. Los trastornos del aprendizaje, de la motricidad y de la comunicación rara vez se encuentran aislados.

Un examen eficaz para la dislexia es hacer leer a un niño una selección apropiada para su edad mientras se observan los tres puntos cardinales: lectura lenta, lectura inexacta y comprensión pobre del material que se acaba de decir. No se debe olvidar evaluar las fortalezas del niño, que puede resultar ser un paso hacia su rehabilitación.

Factores del desarrollo

Por obvias razones, el TA tiene pocas probabilidades de ser diagnosticado si el niño no ha llegado a la edad escolar. Pero incluso antes de eso, los síntomas sugerían que un problema posterior podía ser notable. En la tabla 11-2 se agrupan algunos de los síntomas tempranos (o tardíos).

<i>Edad (años)</i>	<i>Lectura</i>	<i>Matemáticas</i>	<i>Escritura</i>
3 a 5	Retraso en el habla; dificultad para pronunciar ciertos sonidos	Problemas para leer números y aprender a contar	Problemas para escribir el propio nombre, copiar palabras, cortar con tijeras, iluminar dentro de los tiempos
	Problemas con el control motor fino		
	Problemas para rimar, y aprender rimas de enfermería		
	Pronuncia mal palabras; habla como bebé		
5 a 6	No puede reconocer palabras que riman (<i>día, vía, tía</i>)	Problemas para asociar símbolos (números arábigos) con cantidades; problemas para contar	Posiciones extrañas de la mano o el brazo cuando escribe
7 a 8	No puede leer palabras monosilábicas; problemas con palabras no fonéticas	Problemas para aprender operaciones numéricas básica: adición y sustracción	Los dedos se acalambran al escribir; borra excesivamente, legibilidad pobre

	Subituye problemas		
9 a 11	Cuando lee en voz alta: pronuncia mal las palabras; se salta las palabras difíciles	No puede contar ni manejar dinero ni el calendario	Letras inconsistentes en tamaño o incompletas; no pone atención a los detalles cuando escribe
	Lee lentamente	No presta atención a los signos (+, -); olvida llevar las unidades acumuladas en éstas operaciones; coloca en lugares equivocados los dígitos	
	No le gusta leer o no termina las tareas	Problemas para hacer operaciones matemáticas (tablas de multiplicación), recordar fechas	
		Evita las actividades que involucran a las matemáticas	
Adolescente a adulto	Lee lentamente; comprensión pobre	Pobre solución de problemas	Mala ortografía
	Debe leer más de una vez para entender el sentido		
	No lee por placer		

F82 TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

El trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) ha sido objeto de controversia desde que apareció por primera vez en el DSM-III en 1987. ¿El TDC merece ser considerado trastorno mental más que cualquier otro padecimiento físico que produzca discapacidades sociales, educativas o laborales? ¿Se puede diferenciar de los padecimientos neurológicos como la dispraxia? (A veces, los dos términos se han considerado más o menos sinónimos; cualquiera de las dos es preferible al antiguo término peyorativo *síndrome del niño torpe*).

Cualquiera que sea la respuesta eventual a estas preguntas, la noción actual de un niño de este tipo –cuya coordinación motriz está muy por debajo de lo esperado de acuerdo con su inteligencia y edad– se aplica a 5% de los niños entre 5 y 10 años de edad, y tal vez 2% presenta afectaciones graves. Es dos veces más frecuente en niños varones que en niñas, aunque esto podría deberse a que los envían más que ellas; algunos estudios han encontrado una proporción prácticamente equitativa en términos de género. Los niños muy pequeños pueden mostrar retrasos en los logros del desarrollo, mientras que

los niños mayores tienen dificultades con los deportes y las habilidades para escribir a mano, que implican a la coordinación motriz fina.

Se desconoce la causa del TDC, pero no se debe a algo tan simple como problemas de agudeza visual. Ya que algunos estudios han encontrado hasta cinco patrones diferentes de disfunción, la “causa” última probablemente resulte ser una serie heterogénea que incluya factores fisiológicos, genéticos y neurológicos, entre otros. En ese punto, tal vez sea necesario determinar un nombre nuevo.

Tripper

Tripper (el sobre nombre que utiliza su familia) fue enviado a evaluación a los 9 años de edad, por la única razón de que su coordinación era muy pobre para su edad. “Prematuramente torpe” era la manera en que su padre explicaba el problema.

El papá de Triper era profesor de literatura inglesa antigua. De niño, había sido “famoso a nivel local” por su mala coordinación. “Podía caerme en un piso plano y despejado”, le dijo al clínico que lo entrevistó. Pero a los 16 años de edad había mejorado lo suficiente para ser miembro del equipo de tenis universitario de su escuela.

Pero en el caso de Tripper parecía que en el corto plazo pudiera mejorar en los deportes organizados. “Todo mundo se ríe de mí y dice que soy el chico más torpe de la galaxia”. Cuando jugaba era el último en ser elegido en algún equipo deportivo; en los últimos años, pasaba la hora de almuerzo y receso en el salón de clases leyendo. Iba bien en clases como inglés y matemáticas, pero su letra escrita era ilegible. Una vez, cuando debía adquirir cierta fluidez, sus letras se inclinaban y se encimaban entre sí, incluso cuando con esmero trazaba cada carácter levantando el lápiz varias veces en una sola letra. Se tardaba una “eternidad” haciendo la tarea, y sus páginas muy manchadas a menudo terminaban hechas bola arrugadas en el cesto de basura”.

Producto de un embarazo que llegó a término y un parto normal, Tripper no tenía alergias ni enfermedades inusuales. Se sentó a los 7 meses y dio sus primeros pasos a los 13; dijo sus primeras palabras y oraciones a las edades esperadas. Sin embargo, su madre recordó que él requirió mucho más tiempo que sus hermanos para aprender a usar la cuchara.

En el examen neurológico, Tripper puso atención a las tareas y parecía responder con normalidad, excepto cuando se trataba de actividades motrices, como copiar una figura de diamante. “Esto va a estar rudo”, dijo, luego dibujó una figura inestable de cinco lados. Su CI Verbal de WISC-V fue de 123, pero el de Ejecución fue de sólo 79. En el *Beery Developmental Test of Visual-Motor Integration*, tuvo una puntuación limítrofe de 77; sin embargo, cuando se descartó el componente motor, su puntuación de Integración viso-espacial fue normal, 105.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

Las habilidades motrices son menos desarrolladas de lo que se espera, dada la edad del niño, tanto que obstaculizan el progreso en la escuela, los deportes u otras actividades. Las conductas motrices específicas implican una torpeza general, problemas de equilibrio, logros del desarrollo retrasados y adquisición lenta de habilidades básicas como brincar, lanzar o atrapar una pelota y escribir a mano.

Las letras pequeñas

Las D: • Discapacidad (deterioro social, académico, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (padecimientos físicos como parálisis cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, TDAH).

Evaluación de Tripper

Aunque los logros de desarrollo de Tripper (sentarse, caminar) tuvieron lugar dentro del rango normal de edad, fue bastante torpe (lo cual se manifestó incluso en una prueba estandarizada, aunque esto no se requiere para el diagnóstico). La segunda mitad del criterio A –lentitud en la ejecución– fue notable al observarlo intentando escribir con un lápiz. Su sociabilidad y trabajo escolar también se vieron afectados por este factor (B). No tenía **discapacidad intelectual** (que puede presentarse junto con el TDC siempre y cuando las dificultades motrices superen lo que se esperaría en esas circunstancias), y no había trastornos médicos o neurológicos conocidos que explicaran mejor sus síntomas (D). Había tenido estos síntomas desde que era pequeño (C).

Su capacidad para poner atención a las tareas sugiere que no tiene **TDAH**; los niños con este trastorno tienen accidentes frecuentes o chocan contra las cosas, porque su atención está en otros asuntos. (Sin embargo, el TDAH con frecuencia es comórbido con el TDC). Los niños con **trastorno del espectro autista** a veces son torpes, pero se puede descartar este diagnóstico con base en la capacidad de Tripper para relacionarse con los demás, incluyendo al examinador. El examen físico normal hace que sea improbable los **padecimientos neurológicos** como los trastornos del cerebelo, la neuromusculatura periférica o del tejido conectivo. Sólo si su tortuosa escritura a mano estuviera acompañada de errores de gramática, ortografía, puntuación u organización de los párrafos, se formularía el diagnóstico adicional de **trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la expresión escrita**. Otros trastornos del aprendizaje, mentales o congénitos pueden acompañar el TDC, y deben explorarse.

Sin embargo, como están las cosas, el diagnóstico completo de Tripper sería éste:

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

Sugerencias generales

A diferencia de los trastornos de la comunicación y del aprendizaje, el TDC no requiere de pruebas estandarizadas para establecer su diagnóstico. En su lugar, se deben conocer lo suficiente las normas de la capacidad física de niños de todas las edades para identificar las anomalías. (En un niño de 2 o 3 años que camina, es normal que se tambalee; pero un niño que se tambalea puede tener TDC). En la tabla 3-1 se presentan las edades aproximadas en que tienen lugar algunos logros del desarrollo. Si resulta difícil lograr que estos niños hablen de sus síntomas, primero se deben abordar áreas en las que sean buenos; esto fortalece su autoestima lo suficiente para que hablen de los aspectos en que tienen deficiencias. También es importante conocer las normas de los compañeros de juego y de clase del niño. Pregunta, “¿Qué hace tu grupo en la clase de educación física? ¿Qué haces en la escuela durante el descanso?”

Se debe observar directamente una demostración de las capacidades físicas pidiendo al niño que brinque en un pie, suba escaleras, se ate un zapato, atrape y lance una pelota, copie símbolos como un diamante, un triángulo y polígonos que se intersecan, gire las manos rápidamente de atrás para adelante flexionando las muñecas, y que se toque la punta de la nariz con el dedo índice y luego toque el dedo del entrevistador. En vez de pedir al niño que realice estas actividades, es útil plantearlos como parte de un juego (en inglés, “Simon says,” *Simón dice*). Luego se puede examinar la capacidad del niño para concentrarse y seguir instrucciones al evaluar su coordinación. Empieza con tareas sencillas y aumenta la dificultad poco a poco. Se debe procurar que la prueba sea entretenida, es recomendable que el entrevistador también juegue y se divierta.

En caso de niños cuyo desarrollo ha sufrido retrocesos (es decir, su equilibrio, coordinación o habilidades se han deteriorado después de haber alcanzado cierto nivel antes), se deben evaluar posibles trastornos médicos o neurológicos mediante un examen físico y pruebas de laboratorio pertinentes.

Factores del desarrollo

Desde luego, debido a que los síntomas cambian con la edad, la evaluación depende en gran medida de que las tareas sean acordes con la edad cronológica del niño. De hecho, la variabilidad normal en el progreso del desarrollo es un elemento en contra del diagnóstico de TDC antes de los 5 años de edad. Muchos niños parecen superar su inmadurez de manera espontánea; sin embargo, en un estudio, casi la mitad de personas diagnosticadas con TDC a la edad de 5 años mostró diferencias respecto de su grupo de edad a los 15 años. Se debe observar que esta evaluación depende tanto de la historia (logros del desarrollo retrasados) como de la evaluación transversal del niño en un consultorio.

F98.4 TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

Los **movimientos estereotipados** (o **estereotipias**) son conductas que un individuo parece obligado a repetir una y otra vez sin tener ningún objetivo en mente. En los primeros años, las estereotipias son comunes y normales. A menudo, los bebés se mecen solos y se meten cosas en la boca; al parecer, obtienen alivio o información de estas conductas. Pero cuando las estereotipias crean problemas en la infancia posterior, se convierten en el trastorno de movimientos estereotipados (TME). Además de las conductas más benignas (por ejemplo, agitar las manos o morderse las uñas), pueden realizar conductas autolesivas como golpearse la cabeza, morderse los labios o los dedos, pellizcarse la piel, y pegarse en el cuerpo. En casos extremos, golpearse, morderse o rechinar de dientes (bruxismo) puede provocar daños crónicos en los tejidos.

El TME afecta hasta a 3% de los niños pequeños. Nadie sabe cuántos adultos también lo tengan, aunque es, probablemente, poco común excepto entre quienes padecen discapacidad intelectual. En algunos casos de trastorno de ansiedad generalizada, se ha encontrado la conducta de mecerse. Se ha dicho que los que se golpean la cabeza tienen a ser niños varones, mientras que los que se muerden son en mayor medida niñas. En un estudio de 20 adultos con TME, sólo 6 eran hombres; varios también tenían un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. No se conocen sus causas, pero el aburrimiento, la frustración y el estrés aumentan estas conductas.

Claudia

A la edad de 14 años, Claudia seguía chupándose el pulgar y meciéndose. Cuando tenía 4, sus padres intentaron con modificación de la conducta para romper ese hábito. Durante 2 semanas, ella aceptó el trato (postre extra en la cena), pero volvió a chuparse el pulgar cuando el soborno ya no llegaba.

La conducta se había mantenido durante toda su infancia, aunque, cuando cumplió 10 años, había aprendido a suprimirlo la mayor parte del tiempo que pasaba en la escuela. En otros momentos, se recrudecía: cuando hacía su tarea, al quedarse dormida e, incluso, cuando comía la cena. Debido a la cruel nevadura que tomaba, sobre todo de los niños de su vecindario, tenía pocas amistades. Nunca había pasado la noche en la casa de otro niño.

“A nadie le caigo bien”, dijo. Después de decir esto, se metió el pulgar otra vez en la boca y puso su dedo índice en el puente de la nariz y lo frotó flexionando suavemente la muñeca de arriba abajo.

Claudia pesó 3.7 kg al nacer. De acuerdo con su madre, sus logros de desarrollo tuvieron lugar en los momentos esperados, y no ha habido antecedentes de tics o de jalarse el cabello. A pesar de su vida aislada, disfrutaba la compañía de otros y se llevaba bien con sus dos hermanas mayores. Aparte de tener rosado el pulgar y tener ligeramente

hacia afuera los dientes de enfrente, los resultados del examen físico fueron por completo normales.

“No **tengo** que hacerlo,” dijo Claudia de su conducta de chuparse el pulgar. “Simplemente me gusta”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

No se encuentra causa física o mental de los movimientos sin sentido, repetidos del paciente, como golpearse la cabeza, balancearse, morderse o agitar las manos.

Las letras pequeñas

Las D: • Demografía (inicio en la infancia temprana) • Malestar o discapacidad (deterioro social, educativo, laboral o personal; se pueden presentar autolesiones) • Diagnóstico diferencial (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro autista, tricotilomanía, trastorno de tics, trastorno de excoriación, discapacidad intelectual, trastornos relacionados con sustancias, trastornos físicos).

Notas de codificación

Especifica:

{Con} {Sin} **comportamiento autolesivo**

Especificar la gravedad actual:

Leve. Los síntomas se suprimen conductualmente con facilidad

Moderado. Los síntomas requieren de modificación de la conducta y de medidas de protección específicas

Grave. Los síntomas requieren de continuo monitoreo para evitar posibles daños

Especifica si: Asociado con una afección médica o genética, a un trastorno del neurodesarrollo o a un factor ambiental conocidos (como discapacidad intelectual o síndrome de alcoholismo fetal).

Evaluación de Claudia

Aunque chuparse el dedo no se suele considerar patológico, fue una de las estereotipias observadas en 1 de cada 20 adultos en el estudio citado en la introducción del TME. El DSM-5 menciona de manera específica la conducta de mecerse. Si ninguna de estas conductas hubiera empezado cuando Claudia era pequeña (criterio C), persistido (A) e interferido con su desarrollo social (B), no podría diagnosticarse el TME. No hay información que indique **discapacidad intelectual** o **trastorno del espectro autista**, y negó explícitamente que las conductas tuvieran un carácter compulsivo, como sucede en el **trastorno obsesivo-compulsivo**. Por la información que ofreció la madre, se descarta la **tricotilomanía** y **trastorno de tics**. Los resultados de su examen físico fueron normales, lo cual indica que ningún otro **padecimiento médico** (sobre todo, un trastorno

neurológico como la enfermedad de Huntington) explica su conducta. Por lo tanto, ningún otro trastorno explica mejor la conducta (D).

Claudia no requería de medidas de protección especiales para bien de su salud física, por lo que el especificador que le corresponde es **sin comportamiento autolesivo**. Aunque su conducta no desapareció con técnicas conductuales, ella podía suprimirlo voluntariamente y no requería medidas de protección especial; por lo tanto, el clínico determinó que el nivel de gravedad era **leve**.

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados, sin comportamiento autolesivo, leve
CGAS 65 (actual)

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

Sugerencias generales

El TME es uno de los pocos diagnósticos del DSM-5 que se puede hacer con base únicamente en la observación. Sin embargo, se debe preguntar si el estrés empeora los movimientos anómalos. También observar si se puede hacer que el paciente se distraiga de las conductas dirigiendo su atención a algo más (esto ocurrirá en casos en que el niño no tiene el TME). Es necesario hacer un examen físico completo; buscar evidencias de daño crónico a los tejidos (una niña preadolescente desarrolló numerosas hinchazones en los antebrazos por agitarlos en los bordes de las mesas). Preguntar por otro tipo de conductas como compulsiones, jalarse el cabello o tics.

Factores de desarrollo

Estos movimientos suelen empezar en los primeros años de vida, alcanzan su punto máximo en la adolescencia y luego disminuyen en frecuencia. Casi todos los niños cuyo trastorno de movimientos persiste más allá de la adolescencia empiezan a tener síntomas antes de cumplir 12 años de edad. Observar que la gran mayoría de pacientes adultos con TME presentan discapacidad intelectual.

TRASTORNO DE TICS

F95.2 Trastorno de Gilles la Tourette

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)

F95.0 Trastorno de tics transitorio

Los tics pueden ser motores o vocales, simples o complejos, transitorios o crónicos. Estas dimensiones definen los tres principales miembros de la familia de los trastornos de tics. Los tics motores simples incluyen muecas, contracción nerviosa de los músculos oculares, tensión abdominal y espasmos en los hombros, cabeza o extremidades distales. Los tics vocales simples incluyen vociferar, toser, aclararse la garganta, olfatear y sílabas aisladas que pueden ser murmuradas o gritadas. Los tics complejos son patrones más organizados del habla o de movimientos motores, como tocar cosas o imitar la conducta de los demás.

Los tics son rápidos y recurrentes; empiezan de manera repentina y ocurren sin un ritmo especial, y a menudo se agrupan. Aunque los tics suelen ser involuntarios, los pacientes pueden suprimirlos temporalmente; por lo general, desaparecen durante el sueño. En situaciones de estrés, fatiga o enfermedad, su frecuencia e intensidad puede aumentar.

Los tics motores aparecen por primera vez en la infancia, a veces desde los 2 años de edad, y suelen involucrar la parte superior de la cara (especialmente, el parpadeo). Los tics empiezan un poco después. Sin embargo, es claro que los niños con esta afectación presentan un amplio rango de síntomas. En un extremo del continuo está el simple tic ocasional de parpadear cuando el niño está fatigado o bajo estrés. En el otro, se encuentran múltiples tics motores y vocales tan extremos que impiden la participación en un salón de clases tradicional.

Los tics hacen sentir a los niños que pierden el control de sus propios cuerpos y procesos mentales, experiencia que, sobre todo, caracteriza al trastorno Gilles de la Tourette (TGT), que fue descrito por primera vez en 1852 por el neurólogo francés George Gilles de la Tourette. Estos pacientes tienen no sólo tics motores múltiples, sino también vocales; algunos (quizá 10%) con el tiempo profieren lenguaje tosco (*coprolalia*) en momentos socialmente inapropiados. Aún no es claro si hay una progresión de desarrollo de los tics transitorios a los tics crónicos y al TGT. Cerca de 80% de los pacientes con TGT y otros trastornos de tics informan un impulso premonitorio molesto –sentimiento de incomodidad parecido a la comezón o la necesidad de estornudar que aparece justo antes, que encuentra alivio con el tic. Las obsesiones y compulsiones también son comunes entre las personas que tienen tics o el TGT.

Los tics son comunes entre los niños; encuestas comunitarias los encuentran en cerca de 10% de los niños varones y en 5% de las niñas (el rango es amplio, dependiendo de cada encuesta). Desde luego, se trata de tics motores predominantemente transitorios, muchos de los cuales nunca causan la suficiente preocupación para ameritar una evaluación. La prevalencia en todo el ciclo vital de los tics crónicos es de cerca de 1.6%, y una proporción equilibrada de niños varones y niñas. Las estimaciones de la prevalencia del TGT se han revisado en años recientes y ha aumentado en casi 1% en la población general de niños, y la proporción de niños varones y niñas es de 4:1. Es menos común en niños afroamericanos; casi no se encuentra en las personas de raza negra que

viven en África. La gravedad de los tics y del TGT tiende a disminuir a medida que el niño se acerca a la adolescencia.

La frecuencia percibida y la gravedad de los tics en un niño se complican al tomar en cuenta el contexto social en que se presentan. Estudios de familias sugieren que el TGT tiene un fuerte componente genético. Lo que es hereditario parece ser un genotipo no del TGT, sino de un espectro definido más amplio de trastornos que incluyen tics, el TGT y el trastorno obsesivo-compulsivo. Otros factores con una posible relación con el desarrollo del TGT incluyen estrés, hábito de fumar de la madre durante el embarazo y bajo peso al nacer. Se piensa que la patología subyacente se relaciona con un aumento de las señales de dopamina entre el estrato ventral y los ganglios basales.

Aunque existen varios tratamientos farmacológicos eficaces (y, más recientemente, conductuales), el TGT tiende a persistir durante toda la vida una vez que se diagnostica. Algunas familias (y salones de clase) tienen mayor capacidad que otras para mitigar la vergüenza, pena y la culpa que acompaña los arrebatos vocales. La presencia de un ambiente de apoyo empático, comprensivo aumenta en gran medida la probabilidad de una mejor autoestima y mejores relaciones sociales.

El pronóstico de otros trastornos de tics es mejor. Desde luego, por definición, el trastorno transitorio desaparece después de unos meses. Incluso los tics motores o vocales “crónicos” suelen disminuir y desaparecer después de algunos años. Los tics motores casi nunca persisten en la adultez temprana y más allá.

Debido a que un tic se define de la misma manera, sin importar en cuál de los tres trastornos de tics del DSM-5 ocurren, sólo se presenta una viñeta.

Definición pura de tic. Un **tic** es un movimiento o vocalización que tiene todas las características siguientes:

No rítmico. Ocurre sin una periodicidad observable.

Rápido. Un solo tic dura menos de un segundo; por decirlo así, dura lo que un parpadeo.

Repetido. Es persistente; ocurre una y otra vez.

Repentino. Un solo tic ocurre sin aviso.

Neal

Cuando Neal tenía 5 años de edad fue enviado a un programa de tratamiento de día debido a su hiperactividad y tics motores. Aunque podía expresarse bastante bien, tenía dificultades para escuchar a su maestra del jardín de niños, quien informó que el niño era impulsivo y tenía periodos cortos de atención. Estas dificultades se observaron por primera vez en la época en que sus padres se divorciaron. Entonces, Neal lloraba con frecuencia, hasta llegar a hacer berrinches y presentar conductas agresivas en el salón de clase. Por solicitud de la maestra, el médico familiar le prescribió Ritalín. Fue enviado a un programa de tratamiento de día, en gran parte porque el Ritalín no controlaba su

agresión e impulsividad.

Aunque la madre de Neal no había considerado que su hijo fuera especialmente hiperactivo, se preocupó cuando los tics empezaron, lo cual sucedió unos meses antes de la primera evaluación. Primero, hubo simples parpadeos, que ocurrían muchas veces al día. Estos tics faciales menores después estuvieron acompañados de un movimiento hacia abajo de las comisuras de los labios. Después de un periodo de 6 meses, estos tics motores simples se volvieron cada vez más frecuentes hasta convertirse en una serie compleja de tics musculares en patrones que incluían la cara, el cuello, los brazos y las manos. El equipo del centro de tratamiento interrumpió el uso de Ritalín cuando los tics fueron evidentes, pero su intensidad y gravedad siguieron en aumento. A veces, los tics de Neal parecían tirarlo de su silla al piso. Mientras tanto, las muecas faciales más discretas continuaban.

Entonces, cuando Neal casi tenía 7 años de edad, aparecieron los tics vocales. Empezaron como sonidos suaves de gruñido que emitía cada vez que su hombro se contraía, pero pocos meses después vociferaba, sorbía y gruñía cada vez más fuerte. La mayoría de estos arrebatos verbales eran ininteligibles; sin embargo, pronto se sumaron a su producción palabras explícitas sexuales claramente audibles.

A medida que el equipo de tratamiento iba para conocerlo mejor, fue evidente que Neal también era acosado por rituales compulsivos. Él organizaba su escritorio en la escuela en pequeños compartimentos, y colocaba con cuidado sus posesiones en sectores específicos. También contaba repetitivamente los azulejos que estaban entre su cama y el techo.

En un examen más detenido, se observó que su madre hacía muecas faciales ocasionales y que presentaba un tic motor leve en el que sacudía la cabeza, el cual lograba suprimir la mayor parte del tiempo a menos que estuviera bajo estrés.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO GILLES LA TOURETTE

Los primeros tics de los pacientes con este trastorno, a menudo, son los parpadeos, que aparecen a la edad de 6 años o por ahí. Después, aparecen los tics vocales, que al principio puede tratarse de gruñidos o aclararse la garganta. Con el tiempo, los pacientes con TGT tienen múltiples tics motores y, al menos, un tic vocal. El tic más conocido de todos, la coprolalia –groserías y lenguaje socialmente inaceptable–, es relativamente común.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (1+ años; inicio antes de la edad de 18 años, por lo general, entre los 4 y 6) • Diagnóstico diferencial (TOC, otros trastornos de tics, trastornos relacionados con el uso de sustancias, trastornos médicos).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS TRASTORNOS DE TICS (COMPARADOS)

	<i>Trastorno de Gilles la</i>	<i>Trastorno de tics motores o</i>	<i>Trastorno de tics (F95.0)</i>
--	-------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

	<i>Tourette (F95.2)</i>	<i>vocales persistente (crónico) (F95.1)</i>	
Tipo específico de tics	1+ tics vocales y 2+ tics motores	Tics motores o vocales, pero no ambos	Tics motores o vocales, o ambos, en cualquier cantidad
Duración	Más de 1 año		Menos de 1 año
Diagnóstico diferencial	Sin otro padecimiento médico ni consumo de sustancias	Sin otro padecimiento médico ni consumo de sustancias; sin TGT	Sin otro padecimiento médico ni consumo de sustancias; sin TGT; sin trastorno de tics motores o vocales
Demografía	Debe empezar a los 18 años		
Especifica si:	-	Sólo tics motores o sólo tics vocales	-
Definición de tic	Repentino, no rítmico, rápido, repetido		

Las letras pequeñas

En el TGT, los tics motores y vocales no deben ocurrir al mismo tiempo.

Evaluación de Neal

Un profesional que hubiera intentado diagnosticar a Neal en los primeros meses en que sólo tenía tics motores habría tenido dificultades para determinar alguno. Los tics son comunes en la infancia y pueden no causar estrés ni afectar el funcionamiento. (De hecho, los criterios de los trastornos de tics son los únicos del capítulo del DSM-5 sobre los trastornos del neurodesarrollo que no incluyen requisitos de aflicción o funcionamiento deteriorado).

Durante el primer año, sólo podía pensarse en el diagnóstico de trastorno de tics transitorio, que se puede establecer cuando los tics motores, vocales o ambos están presentes durante 1 año o menos. Después de este primer año, lo apropiado sería el trastorno de tics motores o vocales (crónico). Durante el encuentro con Neal la primera vez, ninguno de los anteriores diagnósticos era adecuado: uno debido al tiempo (criterio B del trastorno de tics) y el otro debido a que se trataba de dos tipos de tics (A).

Desde luego, en cualquiera de estos diagnósticos, se deben descartar otros padecimientos médicos (D), incluyendo los trastornos neurológicos del movimiento como la distonía. A veces, se encuentran movimientos anómalos entre los efectos tóxicos provocados por sustancias, como las anfetaminas. La prescripción de Ritalín para Neal pudo haber provocado los tics; si esa fuera la única causa de sus síntomas, ningún trastorno de tics sería necesario (de hecho, ni siquiera sería posible). Entonces, lo indicado sería usar un código que describa el efecto del medicamento –**otro trastorno de tics asociado con una afección médica (>>>)**. Otros padecimientos en los que

pueden presentarse movimientos anómalos (como agitar las manos y otras estereotipias) son el **trastorno del espectro autista**, que no se aplica a Neal. Tampoco tenía antecedentes u otros síntomas necesarios para la **esquizofrenia con catatonía**.

Con una historia más completa, el diagnóstico de TDAH, que suele ser comórbido con el trastorno de tics y otros trastornos de tics (50% o más), estaría justificado excepto por un hecho: los síntomas de Neal parecían estar presentes sólo en la escuela, no en casa. Desde luego, esto habría podido deberse a que la madre fue selectiva al dar la información al respecto; sin embargo, la información obtenida y el cumplimiento del criterio C del TDAH justificarían sólo el diagnóstico de **otro TDAH especificado** (en el que el clínico especifica por qué no se cumplieron todos los criterios diagnósticos. El clínico que lo evaluó también necesitaría explorar los síntomas del **trastorno obsesivo-compulsivo**, que podría no ser observable hasta que Neal fuera mayor; los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo también suelen ser comórbidos. Como están las cosas, el diagnóstico completo de Neal sería el siguiente:

F95.2 Trastorno de Gilles la Tourette

F90.8 Otro trastorno por déficit de atención especificado, con síntomas en un sólo contexto

CGAS 60 (actual)

F95.8 Otro trastorno de tics especificado

F95.9 Trastorno de tics no especificado

Las categorías de otro trastorno de tics especificado y trastorno de tics no especificado se usan para indicar que los tics no cumplen con los criterios de otro trastorno de tics. Estos diagnósticos se pueden usar en casos en que deseas especificar por qué el niño no cumple con los criterios de otro trastorno de tics y otro trastorno del neurodesarrollo en particular.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE TICS

Sugerencias generales

Aunque las convulsiones pueden formar parte del diagnóstico diferencial de los tics, un EEG rara vez es necesario. Sin resultados positivos de laboratorio o imágenes, el diagnóstico de tics se basa primordialmente en la observación. Y debido a que incluso los tics moderados se pueden suprimir (con esfuerzo), es necesaria una observación exhaustiva, a veces de horas. Preguntar por las experiencias de los impulsos y las sensaciones que preceden a un tic real.

No olvidar la importancia de la historia del niño en el diagnóstico de los tics. ¿Los tics desaparecen durante el sueño o aumentan con la ansiedad, fatiga o estrés? La conducta se realiza para evitar o a aliviar la angustia sugiere el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo en lugar del trastorno de tics. Algunos pacientes requieren de una evaluación amplia, que incluya un diario de lugares, horas y situaciones en que tienen lugar los tics. Y pregunta si siente un impulso premonitorio de los tics.

Observar si hay contracciones rápidas en grupos de músculos relacionados que produzcan rápidos parpadeos o muecas en la cara, o movimientos nerviosos de otras partes del cuerpo (tics motores simples). Los tics motores complejos, como tocar u oler, son más lentos y parecen tener un propósito. Aunque la parte superior de la cara suele participar, el hombro y el brazo a veces presentan afectaciones.

La repetición es la clave para identificar los tics vocales. Un tic vocal simple y aislado, como toser y estornudar, puede pasar; vociferaciones, resoplidos, sorbos o la conducta de aclarar la garganta repetidos confirman el diagnóstico. Los tics vocales complejos son palabras o frases que el paciente profiere o imita del habla de otros. Los tics vocales ocurren con mayor frecuencia en las pausas naturales del habla, como al final de una frase u oración.

Factores de desarrollo

Los tics son muy comunes en niños pequeños. Los tics motores empiezan en una edad promedio de siete años, y suelen anteceder el inicio de los tics vocales. En pacientes con trastornos de tics, los síntomas graves como la coprolalia se desarrollan al final de todos (si es que llegan a aparecer). Un padre a menudo nota los tics antes que el niño.

F88 OTRO TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO ESPECIFICADO

F89 TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO NO ESPECIFICADO

Se usa el diagnóstico de otro trastorno del neurodesarrollo especificado o trastorno del desarrollo no especificado cuando el trastorno del paciente parece haber comenzado antes de la adultez y no concuerda con ningún otro diagnóstico. En el caso del primer grupo, se especifica la razón, por ejemplo, “trastorno del neurodesarrollo asociado con la ingestión de plomo”. La segunda categoría se usa con frecuencia cuando se carece de información suficiente.

¿Por qué sólo algunos niños que heredan la tendencia al trastorno de tic desarrollan los síntomas? Aunque la investigación reciente ha sido un balde de agua fresca (si no es que fría), queda la posibilidad de que una infección estreptocócica vuelva sensible de algún modo sus cerebros. Sin embargo, la asociación entre el síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo y el trastorno de tics, por el momento, es frágil. Aun cuando la investigación futura rechace esta asociación, estas posibilidades destacan la importancia de preguntar sobre la historia de las enfermedades físicas, como la faringitis estreptocócica, que puede parecer sin importancia.

Notas

- ¹ En la película de 1988, *Rain Man*, aparece Dustin Hoffman interpretando el papel de un hombre con TEA que tiene la capacidad erudita de contar objetos con mucha rapidez. La película ganó cuatro Premios de la Academia, incluyendo mejor película y mejor actor, por Hoffman.
- ² Al mismo tiempo que se publicó el DSM-5 en 2013, muchos pacientes con diagnósticos de trastorno de Asperger del DSM-IV protestaron contra la pérdida del diagnóstico que les daba identidad.
- ³ En realidad, el niño *puede* tener un déficit sensorial o discapacidad intelectual, pero el TEA debe ser peor de lo que se esperaría para su edad.



Capítulo 12

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

GUÍA RÁPIDA DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia y trastornos relacionados

Esquizofrenia. Los pacientes con esquizofrenia deben presentar, durante al menos 6 meses, mínimo dos síntomas de estos cinco grupos: delirio, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta desorganizada y síntomas negativos. (Al menos, uno debe ser de los primeros tres grupos). Estos pacientes no tienen síntomas maníacos o depresivos significativos, y se debe descartar el consumo de sustancias y padecimientos médicos.

Trastorno esquizofreniforme. Esta categoría es para los pacientes que tienen todos los síntomas de esquizofrenia, pero sólo han estado enfermos entre 1 y 6 meses, menos de lo que se especifica en el caso de la esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo. Al menos durante 1 mes, estos pacientes han presentado síntomas de esquizofrenia; al mismo tiempo, tienen síntomas notables de manía o depresión. Este padecimiento es de difícil diagnóstico (por una razón, los criterios siguen cambiando), y rara vez se diagnostica en niños, aunque a veces se encuentra en adolescentes y adultos jóvenes.

Trastorno psicótico breve. Estos pacientes han tenido, al menos, uno de los síntomas psicóticos básicos durante menos de 1 mes.

Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía). Estos pacientes tienen uno o más de varias características conductuales (definidas en el recuadro [\(>>>\)](#)): inmovilidad motriz relativa o hiperactividad, mutismo o marcado negativismo, movimientos voluntarios peculiares, y ecolalia o ecopraxia. El especificador se puede aplicar a trastornos que incluyen psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno del espectro autista y trastornos mentales debidos a otras afecciones médicas.

Otros trastornos con psicosis como síntoma

Algunos pacientes tienen psicosis como síntoma de trastornos mentales que abordamos en otros capítulos. Entre ellos se encuentran trastornos del estado de ánimo (sea el episodio depresivo mayor grave o un episodio maniaco), trastornos cognitivos (demencia o delirium) y trastornos de la personalidad (pacientes con trastorno de la personalidad límite pueden tener periodos transitorios de minutos u horas en que parecen delirar).

Trastornos que pueden hacerse pasar por psicosis

Fobia específica. Algunas conductas fóbicas de evitación pueden ser bastante extrañas sin ser psicóticas.

Discapacidad intelectual. Estos pacientes pueden hablar o actuar de manera extraña.

Trastorno de síntomas somáticos. A veces, estos pacientes dicen tener seudoalucinaciones o seudodelirios.

Trastorno facticio. El paciente (o el cuidador, en el caso del trastorno facticio impuesto en otro) puede fingir delirios o alucinaciones con el fin de conseguir cuidados hospitalarios o médicos de otro tipo.

F20.9 ESQUIZOFRENIA

En la literatura de la salud mental, la esquizofrenia que comienza en la infancia o adolescencia se denomina *de inicio temprano*; los síntomas previos a los 13 años de edad a veces se califican como *de inicio muy temprano*. Es de observarse que la pubertad, que se presenta en edades muy variables, ya no se utiliza como punto de referencia para el inicio de la enfermedad psicótica, aunque el inicio de la esquizofrenia antes de la pubertad parece ser muy raro. De la misma forma que en adultos, el inicio de los síntomas de esquizofrenia es gradual la mayoría de las veces; en los niños es más frecuente un comienzo insidioso con síntomas de inicio muy temprano. Por lo general, los síntomas se presentan antes en los niños que en las niñas, de modo que la proporción en edades tempranas es de 2:1, En contraste, la proporción en adultos y adolescentes es más equilibrada.

Un paciente con esquizofrenia de inicio temprano pasa, por lo común, por una fase premórbida que incluye problemas con el pensamiento, aprendizaje, estados de ánimo y ansiedad, así como por trastornos por déficit de atención y conductuales. Los niños mayores tienen dificultades con el consumo de sustancias. Relaciones conflictivas y retraimiento respecto de la familia y los amigos presagian el paso a la fase activa. Los síntomas negativos se presentan sobre todo en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano que también se encuentran en un riesgo considerable de tener una recuperación incompleta que los lleve a un deterioro crónico.

Hay diversas causas de la esquizofrenia, pero la primera es una mutación genética (a menudo reciente y esporádica, y posiblemente ligada a tener un padre de mayor edad que el promedio). Otros factores de riesgo incluyen cuestiones prenatales como infecciones y complicaciones en el parto, consumo de marihuana o ser inmigrante.

Debido a que la esquizofrenia suele empezar en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, niños y adolescentes tempranos, a veces, sólo presentan síntomas precursores como retraimiento social, conductas de actuación, retrasos del lenguaje y el habla y problemas académicos. Aunque hay pocos estudios, la prevalencia real de esquizofrenia entre niños y adolescentes es, tal vez, sólo de 0.05% de la población general.

Sin embargo, los criterios de esquizofrenia del DSM-5 son mucho más importantes en el caso de los niños de lo que los números por sí solos sugieren: son un baluarte en contra de los diagnósticos injustificados que, al indicar un pronóstico sombrío y promover una terapia injustificada, pueden causar un daño de por vida. El pronóstico de niños y adolescentes con un diagnóstico válido de esquizofrenia parece ser peor que el de los pacientes que enferman a edades más avanzadas, aunque esto puede deberse al hecho de que los hombres –quienes constituyen la mayor parte de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano–, por lo general, la pasan peor que las mujeres.

La esencia de la esquizofrenia: síntomas principales

Los criterios de la esquizofrenia de inicio temprano y de inicio muy temprano son idénticos a los de los adultos. En el centro del diagnóstico se encuentra el requisito de que un espectro (dos o más) de síntomas psicóticos estén presentes al menos 1 mes para que se tome en cuenta el diagnóstico. El espectro abarca síntomas psicóticos de cinco tipos, cada uno de los cuales indica que el paciente no tiene contacto con la realidad. El DSM-5 los lista en el criterio A con los números que se utilizan aquí. Emplear los conjuntos completos de criterios identifica a una población de pacientes jóvenes cuyo diagnóstico es casi tan estable como el de la esquizofrenia de inicio en la adultez: en el seguimiento, 80% conserva el mismo diagnóstico.

1. Alucinaciones

Las **alucinaciones** son percepciones sensoriales falsas; el individuo percibe algo en ausencia de todo estímulo sensorial real. Son el síntoma más común de la esquizofrenia de inicio temprano. En adultos, las alucinaciones de la esquizofrenia suelen ser auditivas; aunque el DSM-5 señala que las alucinaciones visuales ocurren con mayor frecuencia en niños que en adultos, aún no se han informado datos concluyentes. Es de especial importancia diferenciar alucinaciones de **ilusiones**, que son interpretaciones erróneas de estímulos sensoriales reales. He aquí un ejemplo de ilusión: al entrar en un dormitorio oscuro, un niño confunde una silla con respaldo alto con una jirafa, pero se da cuenta de su error una vez que enciende la luz.

2. Delirios

Un **delirio** es una creencia fija, falsa que no se explica por la educación o las creencias culturales del paciente. Incluso cuando hay evidencias de lo contrario, no se puede convencer a los pacientes delirantes de que sus creencias están equivocadas. Aunque hay muchos tipos posibles, los delirios de los niños suelen ser de carácter persecutorio: sienten que los siguen u observan, o que de algún modo interfieren en su vida. Los niños delirantes también pueden tener miedo a que un familiar los rapté o a experimentar

cambios inusuales que ocurren dentro de ellos. La evaluación de los delirios ya no se basa en si son raros, es decir, improbables, incomprensibles, no se basan en experiencias del mundo real).

Se debe distinguir a los delirios de las **ideas sobrevaloradas**: creencias que, aunque no son obviamente falsas, no se puede demostrar que son correctas. Por lo general, estas ideas se aprenden de los padres o del grupo de pares, e incluyen conceptos como superioridad racial y lealtad a la pandilla. En los niños pequeños, es de especial importancia no confundir las fantasías o el juego (un ejemplo obvio: compañeros de juego imaginarios) con verdaderos delirios.

Alucinaciones no psicóticas (sobre todo oír voces que nadie más oye) se encuentran, en promedio, en 17% de los niños con edades de 9 a 12 años, y en 7.5% de los adolescentes. Desde luego, estos porcentajes son mucho mayores que los de la prevalencia general de la enfermedad psicótica. Muchos de estos jóvenes pasan a la vida adulta sin experimentar una enfermedad mental. Sin embargo, los síntomas psicóticos tempranos señalan un riesgo de otras psicopatologías, como los trastornos del estado de ánimo, conductuales y de ansiedad. Muchos están en riesgo de múltiples diagnósticos en el futuro. Y, en el seguimiento, su riesgo de enfermedad psicótica real es varias veces mayor que el de una persona de la población general.

3. Discurso desorganizado

Con frecuencia, el pensamiento de un paciente con esquizofrenia se caracteriza por asociaciones peculiares que impiden la comunicación. A veces, se denominan **asociaciones laxas**, y afectan la capacidad de comunicarse del paciente (p. ej., sintaxis inconexa, incoherencia). Sobre todo, los niños con esquizofrenia presentan un pensamiento ilógico y, por lo tanto, discurso desorganizado. Sin embargo, es difícil identificarlos en niños muy pequeños o en niños con un trastorno de la comunicación o del espectro autista.

4. Conducta desorganizada

Cualquier conducta que no tenga un objetivo (como hacer señales con las manos sin un propósito evidente) puede ser un indicador de psicosis, al igual que algunas otras conductas que, a pesar de tener un objetivo, son sumamente inapropiadas en el contexto (quitarse la ropa en público, embarrar las heces). Sin embargo, sobre todo en niños, se debe tener mucho cuidado de evaluar otras posibles explicaciones: el diagnóstico de discapacidad intelectual es un buen ejemplo. Siempre, el énfasis recae en el empeoramiento respecto de un modo más “normal” de funcionamiento.

5. Síntomas negativos

Los tipos de síntomas descritos en este punto son los **síntomas positivos**, en el sentido de que se pueden observar como la presencia de algo. Los **síntomas negativos** implican la ausencia de aspectos habituales de la conducta interactiva; su presencia indica que algo ha sido llevado. Incluyen aplanamiento afectivo (rango reducido de expresiones

emocional), falta de iniciativa (llamada *abulia*) y una producción discursiva reducida, que puede convertirse en mudez.

La catatonía es un ejemplo especial de conducta desorganizada en la que las conductas tienden a ser repetidas sin un propósito manifiesto:

Catalepsia: mantener una postura incómoda, aun cuando se le indica que no es necesario

Ecopraxia: imitar la conducta física de otras personas, aunque cuando se le pide que no lo haga

Obediencia exagerada: con la mínima indicación, moverse en la dirección señalada por otra persona; se denominaba *mitgehen* en la literatura antigua

Afectación: asumir voluntariamente una actitud no natural o incómoda

Flexibilidad cerosa: resistencia activa cuando el examinador trata de cambiar la posición del paciente

Hacer el diagnóstico

Una contribución importante de las distintas ediciones del DSM ha sido promover la discriminación cuidadosa de la esquizofrenia respecto de otras causas de psicosis. Las Características esenciales de la esquizofrenia (>>>) explican con claridad los diversos padecimientos que se deben considerar en el diagnóstico diferencial de niños y adolescentes psicóticos. Se comentará más al respecto en la sección que aparece después de la viñeta de este capítulo.

Aunque los criterios diagnósticos para niños, adolescentes y adultos son idénticos, los aspectos que resaltan en cada uno difieren un poco. En comparación con la esquizofrenia de inicio en la adultez, los pacientes jóvenes tienen, con mayor frecuencia, personalidades premórbidas deterioradas, y su CI tiende a ser entre 10 y 15 puntos menores. El funcionamiento social, de lenguaje y motor suelen estar retrasadas, y se convierten en síntomas premonitorios como retraimiento respecto de los amigos, conductas peculiares y empeoramiento del desempeño escolar. Desde este punto de partida, la psicosis real comienza gradualmente, y se caracteriza, en especial, por síntomas negativos y pensamiento desorganizado. Además de los factores temporales y los síntomas necesarios, no se puede tomar en consideración un diagnóstico de enfermedad psicótica (de hecho, de ninguna enfermedad en general) sin evidencias de que ha provocado alguna forma de discapacidad para el niño o el adolescente. En niños mayores, esto puede tomar la forma de regresión respecto de niveles previos de socialización (con la familia o con pares); sobre todo en niños pequeños, puede haber un desarrollo inadecuado en la vida social o escolar.

También hay otros padecimientos médicos y mentales que conforman el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia. Se mencionarán algunos de ellos al presentar el caso de Christa, más adelante.

Curso

Mientras no se haya cumplido 1 año desde el inicio de la esquizofrenia, no se puede asignar ningún especificador del curso. Después de eso, se clasifica su curso como se explica en las Características esenciales. La mayoría de los niños que experimentan un episodio de esquizofrenia se recuperan al grado de que sus síntomas agudos mejoran, pero la mayoría tendrá síntomas residuales. Un paciente que se encuentra en la fase residual puede presentar síntomas negativos atenuados, como una falta comparativa de interés en actividades adecuadas a la edad, o un afecto insulso en comparación con los hermanos u otros niños. De adultos, alcanzan niveles menores de educación, tienen pocos amigos o ninguno y pocos contactos interpersonales aparte del que tienen con profesionales de la salud, y por lo general no viven de manera independiente.

OTROS DIAGNÓSTICOS PSICÓTICOS DISTINTOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Los criterios del DSM-5 de la esquizofrenia son deliberadamente estrictos con el fin de evitar diagnósticos erróneos. Otros diagnósticos que se presentan en este capítulo ofrecen opciones para los pacientes que tienen síntomas psicóticos, pero no cumplen por completo con los de esquizofrenia. Debido a que varios de estos trastornos se encuentran en pacientes jóvenes con menor frecuencia que la propia esquizofrenia, sólo se incluyen las Características esenciales del trastorno esquizofreniforme. El *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* de James Morrison proporciona información acerca de los demás trastornos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

La imagen clásica de la esquizofrenia es de una persona joven (al menos, de 5 años de edad, pero casi siempre entre los 17 y 25) que ha tenido 1) delirios (en especial, persecutorios) y 2) alucinaciones (en especial, auditivas). Sin embargo, algunos pacientes también presentan 3) discurso incoherente o de algún modo desorganizado, 4) conductas motrices gravemente anómalas (síntomas catatónicos) o 5) síntomas negativos como afecto restrictivo o falta de voluntad (no sienten motivación para trabajar, mantener una vida familiar). El diagnóstico requiere de, al menos, dos de estos cinco tipos de síntomas psicóticos, y al menos uno de ellos debe ser delirios, alucinaciones o discurso desorganizado (este requisito constituye el criterio A de esquizofrenia). Es probable que el

paciente presente algunos síntomas del estado de ánimo, pero son relativamente breves. La enfermedad suele empezar de manera gradual, a veces imperceptible, y aumenta a lo largo de 6 meses, trayendo sufrimiento y caos.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (+6 meses, con síntomas del criterio A, al menos, durante un mes) • Discapacidad (deterioro social, educativo, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo o neurocognitivos, trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos o trastornos físicos, ideas peculiares –a menudo, políticas o religiosas– compartidas por una comunidad).

Notas de codificación

Especificar:

Con catatonia (véase el recuadro, [\(>>>\)](#))

Curso. Si el trastorno ha durado, al menos, 1 año, especificar:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo

Primer episodio, actualmente en remisión parcial

Primer episodio, actualmente en remisión total

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo

No especificado

Trastornos similares a la esquizofrenia

F20.81 Trastorno esquizofreniforme

Durante muchas décadas, los clínicos han observado que los pacientes cuya enfermedad psicótica empieza gradualmente, por lo general, no se recuperan; aquellos cuya enfermedad comenzó de manera abrupta tienen mayores probabilidades de recuperarse por completo. Así, los pacientes que cumplen con todos los criterios de esquizofrenia excepto por el tiempo –han estado enfermos por más de un mes, pero menos de medio año– deben recibir el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme. Esta categoría, pensada como un espacio reservado, mantiene al clínico pensando en el paciente hasta que el tiempo revele el resultado eventual, que suele ser esquizofrenia o trastorno del estado de ánimo. Este diagnóstico se usa muy raramente tanto en niños como en adultos.

F23 Trastorno psicótico breve

Los pacientes con trastorno psicótico breve han tenido, al menos, un síntoma de delirios, alucinaciones o discurso desorganizado, pero han estado enfermos menos de un mes. Al igual que con el trastorno esquizofreniforme, se requiere tiempo para ver si se recuperan o continúan desarrollando esquizofrenia u otro trastorno.

F25.0 o F25.1 Trastorno esquizoafectivo

En el trastorno esquizoafectivo, un episodio maniaco o un episodio depresivo mayor dura, al menos, la mitad de lo que dura la enfermedad total; al menos durante 2 semanas consecutivas, el paciente cumple con el criterio A de esquizofrenia sin síntomas de un episodio del estado de ánimo. Este diagnóstico casi nunca se justifica en niños, pero el DSM-5 señala que su inicio puede ocurrir en la adolescencia.

F06.1 Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)

Los pacientes con catatonía tienen dos o más de varias características conductuales (definidas en el recuadro de la (>>>)). El especificador se puede aplicar a trastornos que incluyen psicosis (en especial, esquizofrenia), trastornos del estado de ánimo, trastorno del espectro autista y otros padecimientos médicos.

Otros trastornos psicóticos

F22 Trastorno delirante

Como su nombre lo indica, los pacientes con trastorno delirante presentan sólo un síntoma de la lista “A”: delirios. Este trastorno suele diagnosticarse en fases intermedias o tardías de la adultez, pero ocasionalmente se ha encontrado en pacientes más jóvenes. En muy pocas ocasiones se han encontrado adolescentes con trastorno delirante.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Un inicio relativamente rápido y la compensación caracterizan el trastorno esquizofreniforme. Por lo regular, el término se refiere a una persona joven (al menos de 5 años de edad, pero casi siempre está entre 17 y 25 años de edad) que, por más de 30 días y menos de 6 meses, han presentado 1) delirios (en especial, persecutorios) y 2) alucinaciones (en especial, auditivas). Sin embargo, algunos pacientes también presentan 3) discurso incoherente o de algún modo desorganizado, 4) conductas psicomotrices anómalas (síntomas catatónicos) o 5) síntomas negativos, como aplanamiento afectivo o falta de voluntad (no se sienten motivados para trabajar, ni llevar una vida familiar). El diagnóstico requiere de, al menos, dos de estos cinco tipos de síntomas psicóticos, y al menos uno de ellos debe ser delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. El paciente se recupera por completo después de 6 meses.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (entre 30 días y 6 meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos inducidos por sustancias/medicamentos o trastornos físicos, esquizofrenia, trastorno motores y neurocognitivos).

Notas de codificación

Especificar:

{Con} {Sin} características de buen pronóstico, que incluyen 1) síntomas psicóticos que empiezan temprano (en el primer

mes de la enfermedad), 2) confusión y perplejidad en la parte más aguda de la psicosis, 3) buen funcionamiento premórbido, 4) sin aplanamiento afectivo. De 2 a 4 de éstas = Con características de buen pronóstico; 0 o 1 = Sin.

Con catatonia (>>>)

Si se encuentra dentro de los 6 meses y el paciente aún está enfermo, se usa el especificador (**provisional**). Una vez que el paciente se ha recuperado por completo, se elimina el especificador.

Si el paciente aún está enfermo después de 6 meses, ya no se puede aplicar el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Muchas enfermedades médicas y neurológicas pueden causar síntomas psicóticos; entre los síntomas relevantes para los niños o adolescentes, se encuentran enfermedades infecciosas, trauma craneal, deficiencias vitamínicas, enfermedades autoinmunes, neoplasmas y trastornos convulsivos.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Durante el periodo de intoxicación o de abstinencia, diversas sustancias pueden provocar síntomas psicóticos. En niños y adolescentes, es importante considerar siempre la posibilidad de que los síntomas psicóticos sean efecto del consumo de una o más sustancias (incluyendo medicamentos prescritos), sobre todo cuando los síntomas empiezan de repente en una persona, hasta entonces, normal. Los síntomas se pueden revisar en las Características esenciales de la intoxicación con sustancias y la abstinencia de sustancias (pp. (>>>) y (>>>)) y en las Características esenciales de cuatro trastornos inducidos por sustancias/medicamentos (>>>) en el capítulo 24. La tabla 24-1 ayuda para redactar y agregar los códigos numéricos.

298.8 Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico

289.9 Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

Una minoría de niños y adolescentes psicóticos no cumplen con los criterios de las categorías anteriores. Provisionalmente, se deben diagnosticar como trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, y se debe observar con atención su desarrollo. (Como es usual, el diagnóstico previo se

debe usar si deseas comunicar la razón particular de que el cuadro no cumpla con los criterios de ningún otro trastorno psicótico).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN PACIENTES JÓVENES

Incluso los mejores criterios disponibles en la actualidad no siempre evitan los diagnósticos erróneos. Estudios longitudinales revelan que una minoría de niños que más tarde resultan con esquizofrenia han recibido un diagnóstico equivocado de trastorno del estado de ánimo; al revés, muchos niños diagnosticados con esquizofrenia más tarde desarrollan trastornos del estado de ánimo. Cuando un niño enferma de psicosis, la labor clínica es obtener la información relevante necesaria para hacer un diagnóstico diferencial. Entonces, esta información establece la línea base para posteriores estudios de seguimiento y reevaluación, como en el caso de Christa.

Christa

“Siempre me ha recordado a su tía Pat, mi otra hija”. La abuela de Christa le contó al clínico. “Pat aún está internada en una institución, y la madre de Christa está en la cárcel. Al igual que su tía Pat, Christa había sido una niña difícil. De bebé era quisquillosa, irritable, lloraba a menudo por los cólicos hasta tarde en la noche. A la edad de 18 meses, fue llevada a evaluación, ya que no decía ni una palabra. Con un nivel de inteligencia estimado en el rango normal, fue diagnosticada con trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otro modo, del DSM-IV.¹ Su padecimiento mejoró con la rehabilitación, y a los tres años de edad ya decía oraciones.

Incluso antes de que hablara mucho, Christa parecía socializar bien; le gustaba jugar con otros niños y entró al jardín de niños justo después de cumplir 6. Debido a que era pequeña para su edad, nunca estaba fuera de su lugar, y avanzó con normalidad en los primeros cinco grados. Sus calificaciones, aunque promedio, requirieron de esfuerzo. En su hoja de informes, su maestra de quinto grado comentó: Christa trabaja duro y se siente orgullosa de hacer los mejores trabajos que puede. Cuando Christa tenía 11½ empezó su menstruación; poco después, se quejó con su abuela de sentir ansiedad. No sabía por qué se sentía mal, sólo que su corazón latía demasiado rápido y se sentía “nerviosita”. Dos semanas después, empezó a saltarse clases. Varias semanas de

asistencia irregular le valió una cita con el orientador, a quien le confió que estaba aterrorizada de un hombre que había visto merodeando cerca del campus. El director asistente investigó la historia, pero no pudo corroborarla: nadie más había visto al hombre. A pesar de que intentaron tranquilizarla, y a pesar de que varias mañanas su maestra la encontraba a una cuadra de la escuela para que caminara segura, Christa no se sentía mejor. Se quejaba de dolores y malestares; su abuela la llevó al pediatra, quien diagnosticó rechazo a la escuela y aseguró que la niña se pondría bien.

Pero Christa no estaba bien. Sus crisis de ansiedad continuaron, e insistía aún con más vehemencia que alguien la seguía. Una mañana, cerca de 4 meses después de su primera crisis de ansiedad, con toda naturalidad le dijo a su abuela que su cara en el espejo del baño parecía haberse derretido; esa tarde ingresó al hospital.

La revisión al ingresar reveló una niña menuda, con cabello descuidado, cuyo examen físico, a pesar de su complexión cetrina, resultó por completo normal. Dijo que no se sentía deprimida y mostró poca emoción cuando contó las historias del reflejo que se derretía y del hombre que la seguía. Ella estaba “segura” de que estos eventos fueron reales y no imaginarios. Además, ahora admitía que, por varias semanas, había escuchado un sonido justo detrás de su oreja, “como un grillo cantando”. Pensaba que trataba de decirle algo, pero no pudo elaborar el mensaje.

Christa estuvo hospitalizada durante 3 meses mientras se hacían pruebas administrándole distintos fármacos antipsicóticos. Ninguno eliminó sus síntomas, pero una dosis moderada de haloperidol la aliviaba de todo, excepto por los restos más débiles de sus alucinaciones auditivas. Aunque ya no se quejaba espontáneamente del merodeador extraño, cuando se le preguntaba ella admitía que tal vez anduviera por ahí. Durante su estancia, después de su ingreso, siguió siendo capaz de transmitir sus pensamientos con oraciones claras y con un objetivo. En el salón de clase del hospital, se sentaba en una esquina y pasaba mucho tiempo mirando por la ventana en un alimentador de aves despoblado; sus calificaciones pasaron de 8 a 7.

Evaluación de Christa

El primer paso sería determinar si Christa cumple con el requisito principal: dos de los cinco síntomas del criterio A (véase las Características esenciales de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme). Si consideramos que su enfermedad empezó cuando se quejó por primera vez de ansiedad, había estado enferma por cerca de 4 meses cuando fue hospitalizada. Había tenido delirios, al menos en los últimos 2 meses (A1: una idea persistente de un hombre merodeando cerca). Por varias semanas había tenido alucinaciones (A2): el canto (auditiva) y, más recientemente, el reflejo que se derretía (visual). El clínico determinó con cuidado que las creencias y percepciones falsas de Christa eran sostenidas lo suficiente para considerarse delirios y alucinaciones, y no

ilusiones o fantasías. Además, tal vez también podía incluirse el síntoma negativo de aplanamiento afectivo (A5: mostró poca o ninguna emoción).

Aunque había estado enferma menos de los 6 meses requeridos para el diagnóstico de esquizofrenia, la duración era suficiente para el **trastorno esquizofreniforme (B)**. Christa no tenía síntomas notables que indicaran un **episodio depresivo mayor (C)**; en todo caso, como se señaló antes, su afecto era insulso y describió su cara derritiéndose. (Sin embargo, los síntomas del estado de ánimo son comunes, incluso usuales, en los niños con esquizofrenia). Su salud física era, sin duda, buena; no había evidencias de **otra afección médica (D)** que explicara sus síntomas. En la viñeta, no se menciona el **uso de sustancias**, aunque el clínico tendría que abordar el tema en las entrevistas adicionales (también D).

Cuando se diagnostica el trastorno esquizofreniforme, debemos formular un pronóstico con base en cuatro aspectos de los antecedentes y de los síntomas actuales (véanse las Características esenciales). De las características de buen pronóstico, Christa sólo tenía una: su funcionamiento premórbido en la escuela había sido razonablemente bueno. Sin embargo, en este episodio, su afecto era aplanado; nunca se describió como confundida o perpleja, y sus características psicóticas (delirios), al parecer, no empezaron sino dos meses después de las crisis de ansiedad. Hasta el momento en que se había recuperado (o el subsiguiente curso requeriría un cambio de diagnóstico), el diagnóstico tendría que formularse como **provisional**. El diagnóstico de trabajo principal en el momento de su admisión sería:

F20.81 Trastorno esquizofreniforme, sin características de buen pronóstico (provisional)

Durante 3 meses después de su admisión, se dio tratamiento a Christa con diversos medicamentos. A pesar de los esfuerzos del equipo de tratamiento, sus síntomas psicóticos persistieron, incluso después de darla de alta. (Si se hubiera recuperado dentro de los primeros 6 meses del inicio, el diagnóstico definitivo habría sido el mismo, pero sin la parte de “provisional”). Pero una vez que pasaron 6 meses sin recuperarse, fue necesario cambiar el diagnóstico. Para determinar si sería adecuado un diagnóstico de salida de esquizofrenia, examinemos los criterios básicos

- *Síntomas*. Desde luego, el hecho de que una vez cumplió con el criterio A no cambiaría.
- *Duración*. Ahora, ella habría estado enferma por más de 6 meses. (Christa aún tenía síntomas psicóticos cuando fue dada de alta, pero otro paciente habría cumplido con el criterio de los 6 meses con sólo tener síntomas residuales no psicóticos de esquizofrenia, como el síntoma negativo de aplanamiento afectivo).
- *Disfunción*. En el caso de los niños, establecer una disfunción requiere sólo del fracaso para alcanzar los niveles escolares esperados. A partir de la viñeta, la

asistencia a la escuela de Christa había sido afectada notablemente, y sus calificaciones disminuyeron durante sus tres meses en el hospital. La disfunción debe durar una “parte significativa” del tiempo desde el inicio de la enfermedad.

- *Exclusión de padecimientos del estado de ánimo, de consumo de sustancias y médicos generales.* Éstos se discutieron antes.
- *Exclusión del trastorno del espectro autista.* Cuando era pequeña, Christa había sido diagnosticada con el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo del DSM-IV, pero sus síntomas actuales no se podían explicar razonablemente por dicho trastorno.

Así, cuando fue dada de alta del hospital, Christa cumplía por completo con los criterios de esquizofrenia. Antes del DSM-5, nos habrían pedido que nombráramos el subtipo. Pero hora se han descartado esos términos (paranoide, catatónico, desorganizado, indiferenciado), sobre todo porque en realidad nunca sirvieron para predecir nada. Incluso al ser dada de alta, Christa había estado enferma muy poco tiempo para plantear algo en relación con el curso de su psicosis. Pero después de otros 5 o 6 meses, si suponemos que sus síntomas continuarán, se podría agregar el especificador del curso de la enfermedad de *continua*. Si hubiera mejorías, este especificador podría cambiarse otra vez. Aunque muchos pacientes con psicosis tienen problemas de personalidad duraderos, no hay evidencias que sugieran que éste era el caso de Christa, así que no se le aplicaría ningún diagnóstico de trastorno de personalidad.

Su diagnóstico completo en el momento de su alta sería el siguiente:

F20.9 Esquizofrenia

CGAS 35 (en el ingreso al hospital)

CGAS 60 (en el momento del alta)

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Sugerencias generales

Aun cuando cooperan, los niños con psicosis implican un reto especial. En primer lugar, la esquizofrenia de inicio en la infancia es tan poco común que los clínicos, por lo general no sospechan de ella a menos que los síntomas sean muy notables. Sobre todo, en etapas tempranas del curso de la enfermedad, este diagnóstico puede ser confundido por los síntomas que parecen más típicos de otros padecimientos, como los trastornos del estado de ánimo, TDAH, trastornos de ansiedad, consumo accidental o intencional de drogas y enfermedades febriles, entre otros.

Todo esto resalta la importancia de un enfoque doble para evaluar la psicosis. Al principio, permite que el paciente disponga de todo el tiempo que requiera para abordar y hablar con libertad de cualquier tema que le provoque estrés, ansiedad, confusión o simple curiosidad. Más adelante en la entrevista, pide información específica acerca de experiencias

inusuales o del contenido del pensamiento: “¿Alguna vez has oído [visto] cosas que otros niños no pueden oír [ver]? ¿Qué clase de cosas?” (Se ha encontrado que, con esta pregunta, o una parecida, se obtiene información específica muy útil, y sirve para detectar síntomas psicóticos en general). “¿Has tenido pensamientos que te asustan o te preocupan?” Las respuestas, en combinación con la información obtenida de la observación directa, revelan un cuadro de psicosis en niños que no es muy diferente del de los adultos.

Alucinaciones

Las alucinaciones auditivas tienden a ser de palabras o frases cortas. Los niños mencionan oír murmullos más que voces. Como sucede con los adultos, las alucinaciones pueden ser amistosas (como la voz de Dios, Jesús o la Virgen María) u hostiles (por ejemplo, un diablo “dice groserías”). Las voces pueden dar órdenes: un refrigerador le dice al paciente que “tome un trago”; la voz de una hermana bebé muerta dice, “Ven al Cielo”; un ángel dice al niño que juegue afuera. Cuando se detectan alucinaciones visuales, pueden tomar la forma de monstruos; las alucinaciones táctiles son referidas como “ser tocado por el diablo”.

Los atributos de las alucinaciones que se deben indagar en la entrevista son fuente, ubicación, claridad, causa, número, identidad (“¿De quién son esas voces?”), tema (“¿Las voces hablan de ti?”) y efecto en el paciente (“¿Cómo te hacen sentir?”). Preguntas similares se aplican a las alucinaciones de otras modalidades sensoriales. Recuerda que muchos niños pequeños, en especial quienes han padecido privaciones sociales, tienen compañeros de juego imaginarios que les hacen compañía. Aunque cerca de tres cuartas partes de los niños con esquizofrenia tienen alucinaciones, es crucial diferenciar entre un niño con una imaginación activa (o un trastorno mental diferente) y uno que realmente es psicótico.

Delirios

Aunque los delirios suelen estar menos organizados (sistematizados) en los niños y adolescentes que en los adultos, son de las mismas variedades: persecutorios (el niño siente que el diablo le ordena saltar de un acantilado; el tazón de *Wheaties* de una niña fue envenenado); de grandeza (un niño de secundaria era “vecino de Jesucristo”), referenciales (una niña de secundaria sentía que sus compañeros lo señalaban y se reían de ella), y extraños (un niño creía que el crecimiento del vello corporal significaba que se estaba convirtiendo en pastor alemán). Por definición, un delirio sólo se puede diagnosticar si es sostenido con firmeza y va en contra de las creencias de la cultura del paciente. Evalúa un delirio preguntando por cuánto tiempo se ha manifestado, que acciones se han realizado o considerado como consecuencia del delirio, qué significado tiene para el paciente y si es congruente con el estado de ánimo (por ejemplo, un niño deprimido cree que está recibiendo un castigo merecido).

Trastorno del pensamiento

Aunque la total incoherencia es muy poco frecuente, los niños con psicosis pueden distraerse con facilidad, omitir palabras de las oraciones o dejar oraciones inconclusas. El discurso puede ser apresurado. Detectar aspectos del trastorno del pensamiento formal, como una cantidad reducida del discurso, discurso ilógico o neologismos se puede hacer pidiendo al paciente que cuente una historia.

Conducta

Aunque la catatonía es rara, todos los modos de acciones inusuales o incluso extrañas se pueden observar: manierismos, mala higiene, dormir en lugares extraños (por ejemplo, bajo la cama). Muchos expertos han señalado que los niños que desarrollan más adelante esquizofrenia tienen más síntomas conductuales (sobre todo, antisociales) que otros niños.

Afecto

Aunque los niños psicóticos pueden reaccionar con miedo ante los delirios o las alucinaciones, el afecto suele ser plano. Tienen una expresión vacía, o la mirada fija; no tienen un tono normal al hablar (prosodia). Los familiares pueden aportar información valiosa sobre la historia de éstos y otros síntomas negativos, como la pérdida de motivación.

Factores de desarrollo

Los niños más pequeños (de edad escolar) con esquizofrenia tienden a desarrollar casi los mismos síntomas que los adolescentes y adultos. Desde luego, como se señaló antes, el contenido de sus delirios y alucinaciones depende de su etapa de desarrollo. El pronóstico de recuperación tiende a ser peor para los pacientes que desarrollan síntomas psicóticos en edades tempranas. Debido a que los niños con esquizofrenia de inicio muy temprano crecen con sus síntomas, pueden llegar

a considerarlos egosintónicos. En ese caso, es probable que no hablen de ellos con sus padres o maestros, lo cual limita la información indirecta que puede obtener el entrevistador.

Diversos estudios han encontrado de manera consistente anomalías en el desarrollo premórbido de los niños que después se diagnostican con esquizofrenia (sobre todo en los casos de inicio muy temprano). Casi todas las áreas del desarrollo están involucradas: estos niños tienen adquisiciones significativamente retrasadas de habilidades motrices y de lenguaje; tienen déficit del lenguaje y anomalías de la interacción social. (A algunos se les diagnostica primero con trastorno del espectro autista). Casi la mitad empieza en la escuela cuando son mayores que sus compañeros de clase, o necesitan repetir un año escolar. Estos hallazgos brindan una oportunidad importante para que el clínico detecte conductas en fases tempranas de lo que puede resultar ser una esquizofrenia de inicio en la infancia. Por otro lado, representan un reto para no sobreinterpretar la conducta que, tal vez, representa un curso menos alarmante de una enfermedad posterior.

En el corazón de la definición del DSM-5 de la esquizofrenia se encuentran dos características: los síntomas y el tiempo. Numerosos estudios de pacientes adultos han mostrado que la enfermedad crónica (la llamada “esquizofrenia real”) es predicha por síntomas graves y por síntomas que han durado largo tiempo. Algunos autores se quejan de que, en el espacio de dos generaciones, los criterios estadounidenses de la esquizofrenia han pasado de ser lo más relajados a ser los más estrictos. Reconocemos la verdad de esta afirmación y aplaudimos su intento de proteger a los pacientes. Sin embargo, en tanto que algunos datos sugieren que el diagnóstico y tratamiento tempranos se asocian con un mejor pronóstico en el trastorno del espectro autista, la detección temprana de los precursores de la esquizofrenia, con el subsiguiente tratamiento apropiado, presagia mejores resultados similares en niños con síntomas psicóticos. Algunos clínicos se preocupan del celo de diagnosticar sólo a los niños que incuestionablemente están enfermos, pues temen que, de ese modo, se niegue el tratamiento que podría mejorar el curso de otras enfermedades que se encuentran en etapas tempranas. Aunque existe esta posibilidad y se debe considerar, los riesgos de los estándares diagnósticos menos rigurosos pueden ser mucho mayores.

Notas

¹ En el DSM-5, el diagnóstico equivalente sería una variante del trastorno del espectro autista.



Capítulo 13

Trastornos del estado de ánimo

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

El DSM-5 emplea tres grupos de criterios para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo: 1) episodios, 2) trastornos del estado de ánimo y 3) especificadores que describen la mayoría de los episodios recientes y el curso recurrente.

Episodios

Un **episodio** se refiere a cualquier periodo en que el paciente se siente anormalmente feliz o triste. Los episodios son las unidades elementales que conforman a los trastornos del estado de ánimo codificables. Por sí mismo, ninguno de estos episodios es un diagnóstico identificable. La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo tiene uno o más de estos tres tipos de episodios (véase Características esenciales de los trastornos del estado de ánimo, p. 215):

Episodio depresivo mayor. Al menos durante dos semanas, el paciente se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas con la alimentación y el sueño, sentimientos de culpa, falta de energía, problemas de concentración y pensamientos en torno a la muerte.

Episodio maniaco. Al menos durante 1 semana, el paciente se siente eufórico (a veces, sólo irritable) y puede sentirse grandioso y habla mucho, se muestra hiperactivo y se distrae con facilidad. Un mal juicio provoca deterioro social, escolar o laboral notable; a menudo, el paciente tiene que estar hospitalizado.

Episodio hipomaniaco. Esto es similar a un episodio maniaco, pero es más leve, no requiere de hospitalización y puede ser más breve.

Trastornos del estado de ánimo

Un **trastorno del estado de ánimo** es una enfermedad cuya principal característica es un estado de ánimo anormal. Casi todos los niños que presentan estos trastornos experimentan depresión en algún momento, pero algunos también tienen un estado de ánimo elevado. Muchos de estos trastornos se diagnostican con base en un episodio del estado de ánimo. Observa que el DSM-5 ahora presenta los trastornos depresivos y los bipolares en capítulos separados; por razones prácticas, en esta obra se reunieron estos dos grupos de trastornos, y se referirá a ellos con el término de **trastornos del estado de ánimo**, como se denominaron en el DSM-IV.

Trastornos depresivos

Trastorno de depresión mayor. Este trastorno consta de uno o más episodios depresivos mayores, pero sin episodios maníacos ni hipomaniacos (tabla 13-1).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo del niño es persistentemente negativo, y se presentan explosiones frecuentes y graves de mal humor.

Trastorno depresivo persistente (distimia). Este tipo de depresión suele ser menos grave que un episodio depresivo mayor.

Los síntomas deben estar presentes durante 2 años o más en adultos, y 1 año en niños. No hay fases de elevado estado de ánimo.

[Trastorno disfórico premenstrual](#). Unos días antes de su menstruación, la paciente experimenta síntomas de depresión y ansiedad.

[Otro trastorno depresivo especificado o no especificado](#). Se usa una de estas categorías sólo cuando el paciente tiene síntomas depresivos que no cumplen con los criterios de los diagnósticos depresivos antes mencionados ni de otro diagnóstico en que la depresión es una característica.

Trastornos bipolares y relacionados

Trastorno bipolar I. Debe haber al menos un episodio maniaco; la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar I también ha tenido un episodio depresivo mayor (tabla 13-1 y [\(>>>\)](#)).

Trastorno bipolar II. Este diagnóstico requiere, al menos, un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo mayor (tabla 13-1 y [\(>>>\)](#)).

[Trastorno ciclotímico](#). Este trastorno implica cambios repetidos del estado de ánimo, pero ninguno es lo suficientemente grave para considerarse episodio depresivo mayor o episodio maniaco.

[Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado, especificado o no especificado](#). Se usa una de estas categorías sólo cuando el paciente tiene síntomas bipolares que no cumplen con los criterios de los diagnósticos bipolares antes mencionados.

Otros trastornos del estado de ánimo

[Trastorno depresivo o bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica](#). Las altas y bajas del estado de ánimo pueden ser causadas por distintos tipos de enfermedades físicas.

[Trastorno depresivo o bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos](#). El alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden causar altas o bajas del estado de ánimo que no cumplen con los criterios de ninguno de los episodios y trastornos antes listados.

Otras causas de síntomas depresivos y maniacos

Los síntomas del estado de ánimo se mencionan en los criterios del DSM-5 en las perturbaciones conductuales que acompañan a la demencia (trastorno neurocognitivo mayor con perturbaciones conductuales), trastornos de la adaptación con estado de ánimo deprimido, trastornos de la personalidad y el código Z que se aplica a un duelo no complicado. Los síntomas del estado de ánimo pueden afectar a los pacientes con muchos otros trastornos mentales, como esquizofrenia, trastornos de la alimentación, trastorno de síntomas somáticos y disforia de género. Los síntomas del estado de ánimo también se encuentran en pacientes con trastorno de estrés postraumático y trastornos de la personalidad.

Especificadores

Una vez que se hace un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, se deben agregar dos conjuntos de especificadores que pueden describir a) el episodio más reciente (con ansiedad, con características atípicas, con características catatónicas, con características psicóticas, con características melancólicas, con características mixtas, o con inicio en el periparto), y 2) el curso general del trastorno del estado de ánimo (con ciclos rápidos, con patrón estacional). Sus Características esenciales se presentan en [\(>>>\)](#).

Aunque hay muchos impedimentos para diagnosticar los trastornos del estado de ánimo, al fin se ha superado el más grande de ellos: el mito de que la infancia, feliz e intacta no puede padecer una depresión o manía. A pesar de ello, aún quedan otros obstáculos para la evaluación, el más notable es la dificultad para evaluar los sentimientos de pacientes que aún no se comunican suficientemente bien. Desde luego, a los bebés sólo se los puede observar. Incluso entre preescolares, el estado de ánimo, en gran parte, sólo se puede inferir a partir de la conducta. Los niños muy pequeños, en quienes depresión y ansiedad no están del todo diferenciadas, expresan la depresión a través de la irritabilidad, síntomas somáticos (dolores y malestares) o rechazo a la escuela. Muchos síntomas se confunden con otros trastornos, como TDAH. A medida que los niños maduran, sus síntomas de estado de ánimo se parecen cada vez más a los de los pacientes adultos. Mientras esperamos estudios que discriminen mejor estos síntomas en los primeros años de la vida, tenemos que seguir estas características:

- Cuando se sospeche de depresión o manía en pacientes jóvenes, se debe buscar trastornos del estado de ánimo en familiares cercanos. (Es más frecuente encontrar antecedentes familiares en jóvenes deprimidos que en adultos deprimidos.)
- Mantener una actitud abierta en relación con las causas. Lo que ahora sabemos sugiere que la depresión en los primeros años de la vida es multifactorial, así que se deben buscar eventos que puedan considerarse desencadenantes ambientales.
- Aún más que en los casos de adultos, la recurrencia es una regla; la mayoría de los niños y adolescentes que tienen una enfermedad tan grave que requieren ser internados regresan al hospital en un periodo de 2 años.
- Aunque los trastornos del estado de ánimo son hereditarios en gran medida (40 a 60%, de acuerdo con diversos estudios), episodios del trastorno depresivo mayor, en especial, puede ser desencadenado por eventos como la pérdida de una persona amada, abuso (físico o sexual) y otras situaciones estresantes.

El DSM-5 adopta un enfoque de unidades elementales para diagnosticar los trastornos del estado de ánimo. Considera tres tipos de episodios del estado de ánimo (depresivo mayor, maniaco e hipomaniaco), cada uno de los cuales tiene distintos modificadores con base en los síntomas y el curso de la enfermedad; por lo tanto, pueden catalogarse docenas de trastornos diferentes. Nadie sabe a ciencia cierta cuántos de ellos se presentan en niños y adolescentes, y sólo algunos han recibido atención en la literatura de salud mental. Entre estos últimos, se encuentra el trastorno depresivo mayor (de episodio único o recurrente), el trastorno bipolar I (episodio maniaco o depresivo actual o más reciente) y el trastorno depresivo persistente (distimia). Además, a veces requieren nuestra atención dos síndromes con síntomas del estado de ánimo que no son propiamente trastornos: el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido y el

duelo no complicado, al que corresponde un código Z.

Es claro que diversos episodios, trastornos y diagnósticos del estado de ánimo constituyen un conjunto complejo de posibilidades diagnósticas. Para ofrecer una guía en esta complejidad, se delimitará un enfoque paso a paso para diagnosticar y codificar los trastornos del estado de ánimo, junto con tres secciones de Características esenciales (una de los episodios del estado de ánimo, otra para los trastornos del estado de ánimo con base en los episodios del estado de ánimo, y otra más para los especificadores) y dos tablas (13-1 y 13-2). Después, se hablará de los trastornos depresivos, el trastorno bipolar y trastornos relacionados, y por último (brevemente) de otros síndromes del estado de ánimo, con viñetas clínicas que ilustran el proceso del diagnóstico diferencial y la codificación en los primeros dos grupos de trastornos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS EPISODIOS			
<i>Episodio</i>	<i>Depresivo mayor</i>	<i>Maniaco</i>	<i>Hipomaniaco</i>
Síntomas	Los niños se sienten tristes, decaídos, deprimidos o, a veces, irritables. Sin embargo, algunos insisten en que sólo han perdido el interés en casi todas las actividades que antes les gustaban. Otros síntomas incluyen fatiga, incapacidad para concentrarse, sensación de no valer nada, culpa, deseos de muerte o pensamientos suicidas. Tres áreas sintomáticas pueden mostrar un aumento o disminución respecto de lo normal: sueño, apetito/peso y actividad psicomotriz. (En éstas, el cuadro clásico incluye una disminución, pero algunos pacientes con depresión mayor atípica muestran un aumento.)	Los niños se sienten eufóricos (aunque a veces irritables), con mucha energía y actividad frenética. Tienen muchos planes, pero por distraerse con facilidad no los llevan a término. Hablan rápido, a menudo con fuga de ideas. Su necesidad de dormir disminuye. El sentimiento de grandeza a veces es tan exagerado que se vuelven psicóticos, pues creen que son personas célebres (un rey, una estrella de rock) y que tienen superpoderes. Con un juicio deteriorado, su funcionamiento sufre afectaciones, a menudo al punto de que debe ser hospitalizados para recibir tratamiento o para su propia protección o la de otros.	Los niños tienen muchos síntomas de tipo maniaco, pero menos extremos. Se sienten eufóricos o irritables, con mucha energía y actividad. Tienen muchos planes que, a pesar de distraerse, realmente llevan a cabo. Un habla excesiva refleja pensamientos que se generan muy rápido; pueden tener fuga de ideas. El juicio muestra un deterioro, pero no necesitan ser hospitalizados. Sentimientos de grandeza e importancia nunca alcanzan el nivel de delirio. Se nota el cambio en estas personas, pero no dificulta su funcionamiento; de hecho, estos niños logran hacer muchas cosas!

DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN PASO A PASO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los siguientes pasos constituyen un método lógico para diagnosticar trastornos del estado

de ánimo en niños y adolescentes.

1. Con base en Características esenciales de los episodios del estado de ánimo (>>>), se deben identificar los episodios actuales y pasados: depresivo mayor, maniaco e hipomaniaco. Los episodios no se codifican por sí mismos, sino que sirven como unidades elementales de la mayoría de los diagnósticos reales de trastornos del estado de ánimo. Si los síntomas del paciente no cumplen con los requisitos de un episodio, se debe continuar con el paso 7.
2. Usa las unidades elementales para elegir el trastorno adecuado de Características esenciales de los trastornos del estado de ánimo a partir de los episodios (>>>). Si el diagnóstico es trastorno bipolar II (al menos, un episodio hipomaniaco y sin episodios maniacos), no hay gravedad, así que continúa con el paso 5.
3. Si en el paso 2 se obtuvo un diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno depresivo mayor, examina el curso de la enfermedad del paciente para elegir el tipo adecuado. El trastorno depresivo mayor es de episodio único o recurrente. El trastorno bipolar I será el episodio maniaco, deprimido, hipomaniaco o no especificado más reciente.
4. Cuando el episodio actual o más reciente de depresivo mayor o maniaco, elige el nivel de gravedad de la tabla 13-1 (debido a que el episodio hipomaniaco es inherentemente leve, no requiere criterios especiales de gravedad). Cuando un episodio depresivo mayor ha durado, de manera ininterrumpida, 2 años o más, continúa con el paso 7 y considera el diagnóstico de trastorno depresivo persistente (distimia).

	<i>Bipolar I, episodio o actual o más reciente</i>			<i>Depresión mayor, episodio actual o más reciente</i>	
Gravedad	Maniaco	Hipomaniaco ^h	Deprimido	Único	Recurrente
Leve ^a	F31.11		F31.31	F32.0	F33.0
Moderado ^b	F31.12		F31.32	F32.1	F33.1
Grave ^c	F31.13		F31.4	F32.2	F33.2
Con características psicóticas ^d	F31.2	-	F31.5	F32.3	F33.3
En remisión parcial ^e	F31.73	F31.71	F31.75	F32.4	F33.41
En remisión total ^f	F31.74	F31.72	F31.76	F32.5	F33.42
No especificado ^g	F31.9		F31.9	F32.9	F33.9

Nota. He aquí dos ejemplos de cómo ponerlo junto: Trastorno bipolar I, maniaco, grave sin características psicóticas con características mixtas. Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión parcial, con patrones

estacionales. Observa el orden: nombre → tipo de episodio → gravedad psicótico/remisión → otros especificadores.

- ^a Leve. Cumple con los síntomas mínimos, que son perturbadores, pero interfieren mínimamente con la funcionalidad.
- ^b Moderado. Intermedio entre leve y grave.
- ^c Grave. Muchos síntomas serios que impiden profundamente el funcionamiento del paciente.
- ^d Si hay características psicóticas, se usan estos códigos sin importar la gravedad (en cualquier caso, siempre será grave).
- ^e Remisión parcial. Los síntomas ya no son suficientes para cumplir con los criterios.
- ^f Remisión total. Durante 2 meses, el paciente ha estado, en esencia, libre de síntomas.
- ^g Si el tipo de episodio no está especificado, se codifica como se indica, sin importar la gravedad.
- ^h El episodio hipomaniaco no tiene nivel de gravedad así que siempre se aplica F31.0.

5. Aunque los especificadores del episodio, con frecuencia, no son aplicables a los niños, agrega cualquiera que se aplique (véase Características esenciales de los especificadores del estado de ánimo, (>>>)). No se aplican números especiales; La verborrea simplemente va después del diagnóstico principal, separado con comas.
6. Muchos niños recaen en un trastorno del estado de ánimo uno o dos años después del episodio índice. Por lo tanto, revisa las Características esenciales de los especificadores del estado de ánimo otra vez para ver si se aplican los especificadores de ciclo rápido o patrón estacional.
7. Si tu paciente no cumple con los criterios de ningún episodio, considera lo siguiente: trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno ciclotímico, trastorno depresivo o bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, o el trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastorno relacionado. Cada uno tiene sus propios criterios independientes de los episodios, pero en niños sólo se ha descrito la distimia. Se presentan en Características esenciales en (>>>); se pueden aplicar diversos especificadores (tabla 13-2).

Tabla 13-2. Códigos del CIE-10 de los trastornos bipolar I y de depresión mayor									
	<i>Gravedad / remisión</i>	<i>Características mixtas</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Catatonia</i>	<i>Características atípicas</i>	<i>Melancolía</i>	<i>Inicio en el periparto</i>	<i>Ciclos rápidos</i>	<i>Características psicóticas</i>
Depresión mayor									
Episodio único	×	×	×	×	×	×	×		×
Recurrente	×	×	×	×	×	×	×		×
Bipolar I									

Maniaco reciente	×	×	×	×			×	×	×
Deprimido reciente	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Hipomaniaco reciente	×	×	×				×	×	
No especificado reciente									
Bipolar II									
Reciente hipomaniaco	×	×	×				×	×	
Reciente deprimido	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Ciclotimia			×						
Depresivo persistente (distimia)	×	×	×		×	×	×		

Nota. La tabla 13-1, presenta los descriptores de gravedad/remisión. Todos los especificadores se describen en la sección Características esenciales de los especificadores del estado de ánimo (>>>).

8. Si ninguna de las categorías anteriores parece adecuada, considera otros trastornos depresivo o bipolar y trastorno relacionado, especificado o no especificado.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Diagnóstico de trastornos depresivos en pacientes jóvenes

Aunque niños, adolescentes y adultos pueden sufrir trastornos del estado de ánimo de modos distintos, los síntomas depresivos medulares son tan parecidos que, con ligeras modificaciones, se usan los mismos criterios del DSM-5 para diagnosticarlos en todas las edades. Sin embargo, el síntoma esencial que se puede expresar de distinto modo en adultos y niños o adolescentes es muy importante, porque ayuda a describir la anomalía misma. Un adulto debe sentirse **deprimido** (o manifestar pérdida de placer), mientras

que un niño o adolescente manifiesta o muestra un estado de ánimo **deprimido** o **irritable**.

En el caso de un episodio depresivo mayor, el paciente experimenta un estado de ánimo bajo o irritable, o pérdida de interés en la mayoría de las cosas, al menos, durante 2 semanas consecutivas. Además, el paciente debe tener otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito o peso (en el caso de los niños, podría ser no aumentar de peso), problemas de sueño (dormir demasiado o demasiado poco), actividad psicomotriz acelerada y lenta, poca energía, sensación de no valer nada, culpa, problemas para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. Se pueden diagnosticar dos tipos de trastorno depresivo mayor (TDM) (Características esenciales de los trastornos del estado de ánimo con base en los episodios, abajo): episodio único o recurrente. La elección depende de si éste es el primer episodio depresivo mayor del paciente o uno subsiguiente.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CON BASE EN LOS EPISODIOS

	<i>Trastorno de depresión mayor</i>		<i>Trastorno bipolar I</i>				<i>Trastorno bipolar II</i>
	Único deprimido	Recurrente	Maniaco	Deprimido	Hipomaniaco	No especificado	Deprimido o hipomaniaco
Episodio más reciente	Único deprimido	Recurrente	Maniaco	Deprimido	Hipomaniaco	No especificado	Deprimido o hipomaniaco
Episodios previos	Ninguno	1+ depresivo mayor	1+ maniaco				1+ hipomaniaco o depresivo mayor
Exclusiones	Sin episodios maniaco o hipomaniacos				Sin episodios psicóticos		Sin episodios maniacos
	Los síntomas no son causados por un padecimiento médico general ni por el consumo de sustancias						
	No se explica mejor con un trastorno psicótico						
Malestar/deterioro	Los síntomas causan malestar o deterioro						Sólo con depresión

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS ESPECIFICADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

Con ansiedad

Durante un episodio de depresión mayor o distimia, el paciente se siente notablemente crispado o tenso, y pueden estar muy inquietos. Por lo general, es difícil centrar la atención debido a las preocupaciones -"Algo terrible va a suceder," o "Puedo perder el control y [completar con la consecuencia terrible]."

Especifica la gravedad: **leve** (2 síntomas de ansiedad), **moderado** (3 síntomas), **entre moderado y grave** (4 o 5 síntomas), **grave** (4 o 5 síntomas con agitación física).

Con características atípicas

Un paciente deprimido se siente mejor cuando algo bueno sucede (“reactividad del estado de ánimo,” que se experimenta en momentos de depresión y de bienestar). El paciente tiene síntomas atípicos adicionales: **aumento** de apetito o peso, sueño **excesivo**, se siente lento o paralizado, y una sensibilidad duradera al rechazo, esté deprimido o no.

No se puede diagnosticar con características melancólicas ni catatónicas.

Con catatonía

El paciente tiene síntomas notables de catatonía, como catalepsia, negativismo, flexibilidad cerea, estupor, estereotipias, muecas, ecolalia y otros (véanse las definiciones en recuadro, <>>>).

Con características melancólicas

Cuando está deprimido, el paciente no encuentra placer en actividades habituales o no se siente mejor si algo bueno sucede (o las dos cosas). Además, se presentan algunas de las siguientes características: un estado de ánimo más profundamente deprimido de lo que se espera en el duelo, variaciones diurnas (más deprimido en las mañanas), insomnio terminal (despertar al menos 2 horas más temprano), actividad psicomotriz lenta o (con mayor frecuencia) agitada, pérdida notable de apetito o de peso, y sentimientos injustificados o excesivos de culpa. La melancolía es sumamente grave y puede alcanzar un nivel psicótico.

Con características mixtas

Hay dos maneras en que se pueden presentar características mixtas: 1) un paciente con un episodio maniaco o hipomaniaco, la mayoría de los días, también tiene algunos síntomas observables de depresión (estado de ánimo deprimido, poco interés o placer en actividades, nivel de actividad lento o acelerado, cansancio, siente que no vale nada, culpa, pensamientos repetidos de muerte o suicidio). 2) Un paciente con episodio depresivo mayor la mayoría de los días también tiene algunos síntomas observables de manía (estado de ánimo elevado, sentimientos de grandeza, habla más, fuga de ideas, aumento de energía, juicio malo, necesidad reducida de dormir).

En el caso de un paciente que cumple con los requisitos de episodio maniaco y depresivo, se registra como episodio maniaco, con características mixtas.

Con inicio en el periparto

El trastorno del estado de ánimo de una paciente empieza durante el embarazo o un mes después de dar a luz.

Con características psicóticas

El paciente tiene delirios o alucinaciones

Si puedes, observa si las características psicóticas son **congruentes con el estado de ánimo** (corresponden a lo que se espera del estado de ánimo maniaco o depresivo) o **incongruentes con el estado de ánimo**.

Con ciclos rápidos

El paciente tiene varios episodios al año de depresión mayor, manía o hipomanía. Cuenta como episodio separado uno que está marcado por la remisión (parcial o total) de 2+ meses o por un cambio en la polaridad (como el cambio de un episodio maniaco a uno depresivo mayor).

Con patrón estacional

Los episodios del paciente empiezan (y terminan) de manera repetida en la misma época del año.

Dos advertencias 1) Los episodios estacionales deben haber sido los únicos en, al menos, los dos años anteriores, y a lo largo de la vida, los episodios estacionales deben superar materialmente los no estacionales. 2) Descarta los casos en que hay una clara causa estacional, como ser despedido del trabajo cada verano.

Los síntomas que se requieren para diagnosticar el trastorno depresivo persistente (distimia) (véanse sus Características esenciales, <>>>) son menos y, por lo general, más

leves que los del episodio depresivo mayor. El inicio temprano de la distimia produce una mayor duración de la depresión y la eventual coocurrencia de TDM. Aunque los niños tienden a recuperarse más rápido de la distimia que los adultos, tienen mayor probabilidad de desarrollar TDM más adelante.

La investigación sobre qué determina los trastornos depresivos en jóvenes aún está en sus primeras etapas, y las cifras presentadas por diversos investigadores varían ampliamente; en general, las cifras aumentan con el paso del tiempo. No debería sorprendernos que estos trastornos se encuentren con mayor frecuencia en adolescentes que en niños de primaria, y casi nunca se presentan en preescolares. Por lo que aportan nuestra mejor estimación de la prevalencia de la distimia en adolescentes de de 3 a 6%, y un porcentaje mucho menor en niños pequeños. La prevalencia del TDM en adolescentes es de 8% aproximadamente, y casi tres cuartas partes de estos casos son graves. En el caso de los niños de primaria, es de 2%; en niños preescolares, es prácticamente cero. Hasta antes de la pubertad, la proporción de niños varones y de niñas en cuanto al trastorno depresivo es casi de 1:1; en edades posteriores, las mujeres predominan, al igual que sucede en la población adulta.

Hay evidencias que indican que la depresión no es una entidad separada, sino que existe en un continuo a lo largo de la infancia y adolescencia. Es decir, en el caso de los jóvenes, cumplir con los requisitos exactos de duración y número de síntomas tiene menor importancia que en los adultos. Este hallazgo señala el valor del método de Características esenciales para hacer el diagnóstico, en vez de establecer puntos absolutos de corte que dependen de un número crítico de síntomas depresivos.

Una vez instalado, un episodio de TDM dura cerca de 8 meses en niños enviados a evaluación, y la mitad de ellos o más experimentan episodios recurrentes pocos años después. La depresión de inicio en la infancia tiene menores probabilidades de presentarse después como trastorno del estado de ánimo en comparación con la depresión de inicio en la adolescencia. Hay un gran riesgo (de hasta 40%) de desarrollar más tarde manía o hipomanía, sobre todo en pacientes jóvenes con antecedentes de psicosis, síntomas breves de hipomanía o familiares de trastornos bipolares.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

Con frecuencia, estos síntomas se describen como “depresión de bajo grado,” y se presentan la mayor parte del tiempo durante 2 años (nunca están ausentes por más de 2 meses). Algunos pacientes ni siquiera se dan cuenta de que están deprimidos (aunque otros puedan verlo). Reconocen los síntomas de fatiga, poca capacidad de concentración, autoimagen pobre y sentimientos de desesperanza. El sueño y el apetito pueden aumentar o disminuir. Los pacientes cumplen con los criterios de episodio depresivo mayor, pero el concepto de manía es ajeno a ellos.

Las letras pequeñas

En el caso de los niños, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de deprimido, y el tiempo requerido es de 1 año, no 2.

Las D: • Duración (la mayoría de los días, 2+ años) • Malestar o discapacidad (deterioro social, educativo, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados con sustancias y físicos; aflicción y tristeza ordinarias, adaptación a situaciones estresantes duraderas, trastornos bipolares, trastorno de depresión mayor).

Notas de codificación

Especifica la gravedad (tabla 13-1)

Especifica:

De inicio temprano, si empieza antes de los 20 años de edad.

De inicio tardío, si inicia de los 21 años en adelante.

Especifica si:

Con síndrome distímico puro. No cumple con los criterios de un episodio depresivo mayor en los 2 años previos.

Con episodio de depresión mayor persistente. No cumple con los criterios de los 2 años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual. Cumple ahora con los criterios, pero, a veces, no los tiene.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual. Ha cumplido con los criterios, pero no en la actualidad.

Elige otros especificadores de la tabla 13-2

Merrill

“Yo no quería lastimar a mi hermanita,” era la queja principal de Merrill. Merrill iba en segundo grado y estaba internado en una unidad de salud mental para niños debido a que él era peligroso para sí mismo y para otras personas.

No hubo nada sobresaliente en su gestación, parto y logros del desarrollo. De hecho, de acuerdo con su madre, había sido “un bebé feliz y un niño alegre” hasta la mitad del jardín de niños, cuando fue enviado a vivir con sus abuelos. El padre alcohólico de Merrill había abandonado la familia el año previo, y el nuevo novio de su madre se ganaba la vida vendiendo cocaína. Cuando la policía entró en la vivienda, encontraron poco aparte de drogas; la madre de Merrill fue encarcelada por el cargo de poner en peligro al niño.

La madre dijo curvando los labios y haciendo citas al aire, “Así, para ‘proteger’ a los niños, el juez ordenó que fueran a vivir con mi madre, y mi padrastro acosó sexualmente a Merrill. Traté de explicar que él también me había acosado. ¿Pero quién me iba a hacer caso a mí?” Después de varios meses en prisión, la madre fue transferida a una institución mental para recibir tratamiento por el TDM. Una combinación de ayuda legal y antidepresivos, con el tiempo, obtuvo su libertad, pero para entonces su hijo ya mostraba síntomas.

Ahora, Merrill nunca sonreía; siempre parecía estar triste o enojado. Su sueño, apetito y actividad eran casi normales, pero su maestra notó problemas. Una nota enviada a casa de primer grado informó que “en clase su atención es errante, y en el patio no participa

en los juegos de otros niños; él piensa que no juega bien.”

A pesar de que su madre regresó a casa, Merrill no mejora. De hecho, durante 2 meses esta conducta empeoró. Les gritaba a otros niños y parecía sentir que se estaban burlando de él. Sus horas de sueño se redujeron a 5 en la noche; su apetito también decayó. Dos semanas antes de su ingreso a la unidad de salud mental, empezó a clavar alfileres en la piel de sus manos. El día de su ingreso, trató de estrangular a su hermana de 4 años de edad. Entonces, aislado en su cuarto, se hizo varios cortes superficiales a un costado de su cuello con un cuchillo de bolsillo.

Merrill recibió todas las vacunas usuales en la infancia. No tenía alergias, y su única hospitalización revela se debió a un posible asma cuando tenía 3 años de edad. Recibió tratamiento con prednisona en ese tiempo y no había tenido problemas respiratorios desde entonces.

Ahora de 32 años, la madre se había casado y divorciado tres veces. Merrill era el segundo más pequeño de sus cinco hijos, cuyas edades iban de 12 a 4 años. Entre los embarazos, ella ganaba un sueldo mínimo como ayudante escolar. Aunque su depresión había respondido al tratamiento con medicamentos, la familia vivía actualmente de un seguro por discapacidad.

Merrill era un niño delgado, alerta; hacía contacto visual y era razonablemente colaborador. Sin embargo, tardaba periodos largos para responder preguntas sobre él, y parecía menos activo de lo que se espera de un niño de 8 años. Aunque su discurso era lento y monótono, sus pensamientos eran lineales y dirigidos a metas. Cuando se le preguntó sobre su estado de ánimo, al principio dijo “todo bien,” pero después admitió que se había estado sintiendo culpable, porque “Sigo haciendo cosas malas.” Manifestó remordimiento por haber tratado de lastimar a su hermana; luego admitió que quería “estar muerto” aunque no pensaba en volver a cortarse; “Duele”. Negó tener ansiedad, delirios o alucinaciones; su funcionamiento cognitivo era normal para su edad. Considerando que él sabía que estaba en el hospital debido a su conducta reciente, su introspección parecía buena. Sin embargo, la conducta misma indicaba con gran certeza que el juicio de Merrill había sido deficiente en las semanas recientes.

Evaluación de Merrill

Los pasos mencionados en esta exposición son los que se describen en la sección “Diagnóstico y codificación paso a paso de los trastornos del estado de ánimo,” en [\(>>>\)](#).

Paso 1: ¿Qué síntomas de Merrill corresponden a un episodio? El cambio de estado de ánimo fue observado por primera vez por la madre cuando los dos se reencontraron después de salir de prisión. Él lucía triste o enojado (criterio A1 del episodio depresivo mayor), pero definitivamente distinto respecto de su disposición alegre previa (A). Al principio, sus síntomas depresivos adicionales parecían incluir sólo pérdida de interés (A2: atención errante en clase) y una autoimagen pobre (pensaba que no jugaba bien), así

que hasta dos semanas antes de su ingreso, no cumplía con los criterios de un episodio.

Sin embargo, recientemente Merrill también había perdido horas de sueño (A4) y apetito (A3), y había manifestado deseos de muerte y conducta suicida (A9); incluso parecía tener retraso psicomotor (A5). Era claro que estos síntomas interferían con su funcionamiento en la escuela y en casa (B). Antes de concluir que Merrill presenta un episodio depresivo mayor, el clínico tendría que afirmar que sus síntomas han estado presentes la mayor parte del día, todos los días, como lo exige el DSM-5 de cada síntoma que hemos mencionado. El clínico también necesitaría determinar que no hay evidencia de un problema de salud general (en niños, se busca específicamente un trauma, hospitalizaciones múltiples o enfermedad crónica como leucemia) que puedan explicar los síntomas depresivos (C). Sin esas evidencias, Merrill cumpliría con los criterios del DSM-5 y las Características esenciales del trastorno de depresión mayor (>>>).

Paso 2: Debido a que Merrill nunca había tenido un episodio maniaco o hipomaniaco, no sería posible diagnosticar el trastorno bipolar (aunque deben considerarse futuros episodios de manía o hipomanía; la depresión inicial en un paciente con trastorno bipolar puede no ser diferente de uno en un paciente que nunca tendrá un episodio maniaco). Por lo tanto, su episodio depresivo mayor sería parte del TDM.

Paso 3: Con un solo episodio depresivo mayor, el código y el diagnóstico hasta ahora sería F32.x trastorno depresivo mayor, de episodio único (tabla 13-1).

Paso 4: El código de gravedad se determina a partir de las directrices correspondientes al episodio depresivo mayor. El clínico consideró grave la depresión de Merrill, no por la cantidad de síntomas, aunque eran más de lo mínimo indispensable, sino porque algunos de ellos (ideas de muerte) eran graves. (Nuestro consejo: considera los criterios del DSM-5 como directrices, no como cadenas. Sin delirios ni alucinaciones, su código y diagnóstico ahora sería F32.2 trastorno depresivo mayor, episodio único, grave.

Paso 5: No se aplicaría ninguno de los otros especificadores de los episodios.

Paso 6: Debido a que éste fue el primer episodio de enfermedad de Merrill, tampoco tendría especificadores del curso. Esto terminaría la evaluación de su TDM, y su diagnóstico se leería como sigue:

F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave
T74.22 Abuso sexual por parte del abuelo
CGAS 50 (actual)

Paso 7: Como ejercicio, supongamos ahora que incluso con tratamiento, Merrill tiene síntomas depresivos leves durante, al menos, los siguientes 6 u 8 meses, de manera más o menos continua. Digamos también que hay al menos dos de estos síntomas, y que persisten durante, al menos, un año (serían necesarios 2 años tratándose de adultos). Entonces, tendríamos que evaluarlo otra vez a la luz de los criterios del trastorno

depresivo persistente (distimia). Si ahora no cumpliera con todos los requisitos del episodio depresivo mayor, diríamos que tiene un trastorno depresivo persistente de inicio temprano. El hecho de que el año previo tuviera un episodio depresivo mayor nos permitiría elegir uno de los más extensos especificadores del DSM-5:

F34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia), inicio temprano, con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual

Se deben incluir varios padecimientos en el diagnóstico diferencial. Considerando el trauma que Merrill había experimentado, el **trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido** sería una posibilidad. El trastorno de adaptación (>>>) es un diagnóstico de última instancia, que se usa sólo si ningún otro trastorno explica los síntomas (los trastornos del estado de ánimo con frecuencia se diagnostican de manera errónea como trastorno de adaptación, sobre todo en niños en edad escolar, hecho lamentable, porque estos trastornos son, por mucho, más tratables). Los pacientes con **anorexia nerviosa** parecen deprimidos y experimentan pérdida de peso, pero nada indicaba que Merrill tuviera miedo de subir de peso y problemas con su imagen corporal. El deterioro social causa depresión en algunos niños que tienen **TDAH**; su hiperactividad puede hacer que algunos piensen que tiene la manía del **trastorno bipolar I** o del **trastorno bipolar II**. Aunque Merrill no presentaba fobias, compulsiones, obsesiones o ansiedad, en algunos niños los trastornos de ansiedad (como el **trastorno de ansiedad de separación** o el **trastorno de ansiedad generalizada**) pueden formar parte del diagnóstico diferencial. Desde luego, se considera la **esquizofrenia** siempre que los niños o adolescentes están tan gravemente deprimidos o maniaco que presentan síntomas psicóticos. En quienes manifiestan quejas somáticas, también se debe considerar en el diagnóstico diferencial del TDM el **trastorno de síntomas somáticos**.

Por último, se consideran los trastornos que pueden ser comórbidos con los trastornos del estado de ánimo. Estos incluyen los **trastornos de ansiedad** (encontrado en casi 40% de niños con depresión), trastorno de la conducta (20% o más de los niños deprimidos) y **trastornos relacionados al uso de sustancias** (sobre todo en adolescentes). También hay que observar si se presenta TDAH y trastornos de la alimentación, así como **trastornos específicos del aprendizaje**, en especial con dificultades en la lectura.

La viñeta clínica de Corey (>>>) presenta otro ejemplo de TDM.

F34.8 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Durante una generación o más, los clínicos se han dado cuenta de que la irritabilidad crónica y grave en niños predice dificultades emocionales e interpersonales en etapas posteriores de desarrollo. En años recientes, algunos clínicos han buscado igualar estas conductas con una forma del trastorno bipolar; en consecuencia, estos niños se han

tratado con fármacos antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo. Pero muchos otros clínicos ven algo más en el niño que de manera habitual se sale de sus casillas a la más mínima (o ninguna) provocación: el antagonismo del trastorno negativista desafiante (TND) y la impulsividad del TDAH. ¿O quizá algo nuevo en conjunto?

Ese “algo nuevo” ahora se denomina trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA). Cada pocos días, estos niños sucumben a los berrinches, en los cuales amenazan, gritan e incluso atacan a otras personas de manera verbal y, a veces, física. Estos berrinches ocurren de modos, y a veces momentos y lugares, que no son congruentes con la etapa de desarrollo del niño. Y entre cada explosión, el estado de ánimo del niño suele ser enojado o irritable.

Esta combinación de conductas problemáticas pone al niño en riesgo de consecuencias graves en la escuela, su familia y con sus pares. Incluso los pacientes con síntomas más leves pueden ser marginados de las experiencias usuales de la infancia, como invitaciones a fiestas y a juegos. Los niños con afectaciones más graves a veces son suspendidos en la escuela e, incluso, requieren supervisión constante para evitar lastimarse a sí mismos o a otros.

Con estos riesgos tan grandes, es deseable tener certeza cuando se hace este diagnóstico. Desafortunadamente, hay varias cuestiones sin resolver.

- Del mismo modo que otros trastornos de la infancia, el TDDEA es más común en niños varones que en niñas, lo cual, desde luego, coloca al diagnóstico en oposición con la mayoría de los trastornos del estado de ánimo.
- Aunque los criterios del DSM-5 excluyen el diagnóstico antes de la edad de 6 años, los estudios encuentran que es más común en niños preescolares, con una prevalencia de aproximadamente 1% después de la infancia temprana.
- La estabilidad del diagnóstico es baja; en un estudio, sólo una quinta parte de los jóvenes participantes mantuvieron el diagnóstico 2 años después. El TDDEA puede evolucionar en depresión unipolar o un trastorno de ansiedad en la adultez, pero no en un trastorno bipolar. Corresponde a la categoría del trastorno depresivo más que a la de los trastornos bipolares y trastornos relacionados en el DSM-5.
- En un estudio de Margulies y colaboradores (2012; véase apéndice 1), se encontró que la mayoría de los pacientes internos con edades entre 5 y 12 años que eran irritables y explosivos de manera crónica no cumplían con los criterios del TDDEA.
- En el estudio de Margulies y colaboradores, el diagnóstico fue casi tres veces más frecuente cuando se basaba en datos de los antecedentes que cuando se basaba en observaciones realizadas en el contexto hospitalario.
- En niños mayores, el TDDEA debe distinguirse de la rebeldía usual en la adolescencia, periodo transicional en que los síntomas del estado de ánimo son comunes.

El TDDEA está íntimamente relacionado con otros trastornos mentales. Por ejemplo,

muchos niños con este diagnóstico podrían recibir el de TDAH o TND cuando son más pequeños; quizá hasta tres cuartas partes de los niños diagnosticados con TDDEA también cumplen con los criterios del TND. De hecho, algunos autores informan que el TDDEA no puede diferenciarse del TND ni del trastorno de la conducta. También se ha encontrado comorbilidad con otros trastornos depresivos y con TDAH.

La irritabilidad predice el riesgo de presentar un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad en la etapa adulta. Algunos estudios han mostrado que, incluso, cuando los niños irritables no tienen un trastorno mental cuando son adultos, al crecer tienen dificultades para llevarse bien con los demás, ambicionan muy poco y consiguen empleo esporádicamente. Tienen mayor riesgo de ser pobres y carecer de educación, de realizar actividades ilegales o peligrosas y de sufrir aislamiento social. Aunque no es claro si el TDDEA ayuda a evitar diagnósticos inadecuados de trastornos bipolares en niños, es evidente que los niños con una irritabilidad tan marcada pueden pasar momentos difíciles cuando intenten adaptarse al mundo adolescente y adulto.

La relación entre el TDDEA con el espectro de los trastornos depresivos parece ser tenue en el mejor de los casos; excepto como algo que descartar, la palabra **depresivo** no se ha mencionado en los criterios oficiales del DSM-5. En caso de que sobreviva en otra edición, ¿este diagnóstico estaría mejor ubicado en el capítulo de los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta, junto con el TND? Se cree que el diagnóstico y la categorización de niños con explosiones graves de mal humor cambiarán sustancialmente en los próximos años. Se invita al lector a que busque nuevas investigaciones para mantenerse al día.

Kurt

“Nos llegan pacientes de todos lados,” dijo el encargado de recibir pacientes de la clínica “pero éste es el primero que viene de un gimnasio. Una instructora de box, nada menos. La señorita Finch.”

Los padres de Kurt lo inscribieron en el gimnasio, porque pensaban que necesitaba una descarga segura para su evidente energía y agresividad. La señorita Finch lo había recibido bien y le había enseñado los fundamentos de la ética en el cuadrilátero. Pero al día siguiente, ella había llamado para decir que no podía volver en sí. La primera vez que otro niño le había puesto un guante encima en el ring, Kurt explotó en un vendaval de golpes e improperios. La señorita Finch tuvo que sacarlo a la fuerza; la madre del otro niño se había quejado. Después de eso, en casa, durante el inevitable tiempo fuera, había hecho un hoyo en la pared de su dormitorio a patadas.

Cuando Kurt tenía entre 2 y 3 años, era “enojadizo, casi no podías hablarle sin que él gritara o azotara la puerta,” señaló su padre más tarde. “Incluso desde bebé. Yo volaba de regreso a la casa el día que nació, así que me perdí el parto. Pero cuando vi al recién nacido en la enfermería, todos estaban durmiendo excepto uno: un niño que arrugaba la cara gritando tan fuerte que pensé que se asfixiaría. ‘Algún papá va a estar muy ocupado

con ese niño,’ dijo un tipo que estaba junto a mí. ¡Resultó que se trataba de Kurt!”

Su primer día en el jardín de niños, Kurt le gritó a otro niño y volteó un pesado arenero. Ahora, lo mismo en la escuela que en el vecindario, los demás niños no jugaban con él debido a sus estallidos de mal humor y su actitud, por lo general, huraña. “Es muy fuerte para su tamaño,” dijo su madre. “Los otros niños le tienen miedo. Y para ser sincero, a veces, yo también”

Cuando Kurt no estaba gritando, estaba malhumorado. “Parece que siempre está resentido, pero de qué, no tengo idea,” continuó la madre. “Incluso en su propia fiesta de cumpleaños el mes pasado –sólo familia, por supuesto– él envidiaba que a su hermanita le dieron un pequeño regalo para que se sintiera incluida. Kurt recibió todo lo que había pedido; a ella le dieron un pasador de lentejuelas. Kurt la menospreció y salió del cuarto después de terminarse su pastel.”

Cada vez que su papá trataba de hablar con Kurt sobre su conducta, él culpaba a su hermana, al perro o incluso al bebé. “Y cualquier cosa que le pidieras, él **nunca** la hacía,” dijo su papá. “Casi parece que encuentra placer en hacernos enojar.”

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

Durante, al menos, un año, varias veces a la semana, y a la menor provocación el niño presenta berrinches intensos -gritan o atacan a alguien (o algo)- inadecuados para su edad y etapa de desarrollo. Entre los berrinches, el niño parece malhumorado o triste la mayor parte del tiempo. Los ataques y estados de ánimo intermedios ocurren en múltiples contextos (casa, escuela, con amigos). Estos pacientes no tienen episodios maníacos.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y datos demográficos (+1 año, y nunca están libres de síntomas por más de 3 meses consecutivos, empieza antes de los 10 años de edad; el diagnóstico sólo se puede hacer entre las edades de 6 y 17 años) • Malestar o discapacidad (hay síntomas presentes en todos los contextos, graves al menos en uno -casa, escuela, con otros niños) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trauma, trastorno de depresión mayor, trastornos bipolares, TND y TDAH, explosiones conductuales consistentes con la etapa de desarrollo).

Evaluación de Kurt

Hay dos componentes principales del diagnóstico de TDDEA, y Kurt cumplió de sobra con los dos: explosiones de mal humor frecuentes, inapropiados (criterios C, B y A) y entre estas explosiones, un estado de ánimo la mayor parte del tiempo enojado o irritable (D). De acuerdo con sus padres, Kurt había sido así desde que era muy pequeño (E) y

todos los aspectos de su vida sufrían afectaciones (F). Su edad, actual y al inicio de los síntomas, era consistente con los requisitos del diagnóstico (G, H).

Luego, hay exclusiones que cierran este conjunto de criterios, los más numerosos del DSM-5. No hay evidencias en la viñeta de un trastorno físico o de consumo de sustancias (K), y el testimonio del padre ayuda a descartar el trastorno de depresión mayor (J) y los trastornos bipolares (I).

Incluso cuando Kurt era muy pequeño, era terco y habría cumplido con facilidad los criterios del TND. Pero el DSM-5 establece que el TND y el TDDEA no se pueden diagnosticar al mismo tiempo, así que se debe hacer a un lado el TND por ahora, y quedarse sólo con el diagnóstico de TDDEA. (Tampoco es posible la comorbilidad de este diagnóstico con los trastornos bipolares y el trastorno explosivo intermitente.) No hay especificadores disponibles para el diagnóstico de Kurt:

F34.8 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
CGAS 55

N94.3 Trastorno disfórico premenstrual

En un nivel u otro, los síntomas premenstruales afectan a 12% o más de las mujeres en edad reproductiva; la mitad de las adolescentes o más experimentan algunos síntomas. El forma grave, el trastorno disfórico premenstrual (TDPM), afecta a cerca de 2% de las mujeres adultas. En adolescentes, cuando estos síntomas empiezan, la prevalencia del TDPM puede estar más cerca del 5%.

En sus años reproductivos, durante quizá una semana de cada ciclo menstrual, estas mujeres jóvenes (y mayores) se quejan de fatiga y disforia (por lo general, depresión, ansiedad o enojo). Además, tienen síntomas físicos como sensibilidad en los senos, aumento de peso e inflamación abdominal. La diferenciación respecto del episodio depresivo mayor y del trastorno depresivo persistente (distimia) se basa principalmente en la duración y los momentos en que aparece.

Las consecuencias del TDPM pueden ser graves: toda una vida (reproductiva) con síntomas del estado de ánimo y de otros tipos que remiten sólo en el embarazo y, en última instancia, en la menopausia. Las pacientes pueden no darse cuenta en absoluto de la gravedad con que sus estados de ánimo negativos afectan a sus amigos y familias. Sin embargo, la mayoría no recibe un diagnóstico o reciben un tratamiento adecuado hasta que tienen más de 30 años de edad. En general, este padecimiento se encuentra entre los trastornos mentales que menos se diagnostican.

Aparte del componente genético, los factores de riesgo del TDPM incluyen exceso de peso, estrés y trauma (incluyendo antecedentes de abuso). Los trastornos de ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, como los bipolares, pueden ser comórbidos. Las adolescentes y las mujeres adultas difieren poco en los síntomas. El lector interesado en este tema puede leer sobre una paciente con TDPM en *DSM-5 Made Easy* de James

Morrison.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Algunos días antes de la menstruación, la paciente experimenta cambios notables en su estado de ánimo, depresión, ansiedad, enojo y otras manifestaciones de disforia. También presenta síntomas típicos de depresión, como problemas para concentrarse, pérdida de interés, fatiga, siente que está fuera de control y cambios en el apetito y el sueño. Puede tener síntomas físicos como sensibilidad en los senos, dolor muscular y sensación de distensión abdominal. Poco después de que empieza la menstruación, regresa a la normalidad.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (durante varios días alrededor de los periodos menstruales, en la mayoría de los ciclos del último año) • Malestar o discapacidad (deterioro social, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias –incluyendo terapia de reemplazo de hormonas– y físicos, trastorno de depresión mayor y trastorno depresivo persistente [distimia], aflicción y tristeza ordinarias).

Nota de codificación

El DSM-5 dice que el diagnóstico sólo debe formularse como **provisional** mientras no se obtengan las valoraciones prospectivas de dos ciclos menstruales.

F32.8 Otro trastorno depresivo especificado

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

Se usan los diagnósticos de otro trastorno depresivo especificado o no especificado cuando los síntomas depresivos están presentes, pero no son suficientes para justificar un diagnóstico más definitivo de trastorno depresivo. Se usa el diagnóstico de otro trastorno especificado para indicar la razón por la cual el paciente no cumple con los criterios de ningún otro trastorno depresivo. Por ejemplo, una adolescente que actualmente está deprimida y demasiado enferma para comunicar una historia completa puede no ser capaz de decir cuánto tiempo han durado sus síntomas. Estos códigos se usan con poca frecuencia; como la mayoría de los diagnósticos de otro trastorno especificado o no especificado, estos códigos se deben cambiar por un diagnóstico más específico una vez que se obtenga la información adicional necesaria. También es necesario que estas pacientes no cumplan con los criterios de trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o trastorno de adaptación con ansiedad y estado de ánimo deprimido mixtos.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Sugerencias generales

Los padres y maestros tienden a ser observadores más precisos de la conducta de los niños pequeños, mientras que los propios niños proporcionan información más exacta acerca de sus emociones y síntomas somáticos asociados. Es evidente que entrevistas con múltiples informantes aumentan la probabilidad de realizar una evaluación clínica completa y precisa. Preguntar por “tres deseos” puede revelar desesperanza o, en caso de un episodio depresivo mayor, deseos de muerte.

A lo largo de la entrevista, es aconsejable no desviarse de un posible trastorno depresivo por la presencia de síntomas somáticos como un dolor abdominal o de cabeza. Los niños pequeños tienden a experimentar sentimientos de angustia a través de los síntomas somáticos (dolor de cabeza, fatiga, dolor abdominal), pero también pueden identificar sentimientos de tristeza, desesperanza y deseos de morir. La mayoría de los niños responden preguntas simples y concretas de un entrevistador empático y paciente. Muchos niños que carecen del vocabulario para entender lo que experimentan, se muestran aliviados al tener a alguien que les pregunte directamente cómo se sienten. Por lo común, niños y adolescentes experimentan irritabilidad más que tristeza o franca depresión. En general, se observa irritabilidad en el TDM.

Aunque los criterios de los trastornos depresivos son casi idénticos en niños y adultos, a menudo se olvida que niños y adolescentes pueden tener ideas y conductas suicidas. Entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte (después de los accidentes y homicidios). Aun así, el suicidio consumado es un evento poco frecuente; sin embargo, en un periodo de 12 meses, 16% de estudiantes de preparatoria consideraron seriamente el suicidio, y 8% informó haberlo intentado. Cuando se les pregunta más de cerca, niños de 6 años que tienen TDM reconocen que han pensado en el suicidio. Los niños muy pequeños no alcanzan a entender que la vida, en realidad, termina con la muerte, mientras que los mayores, por lo general, entienden las consecuencias del suicidio. En cualquier caso, es esencial hacer una evaluación cuidadosa y repetida del potencial suicida en cualquier joven que tiene o ha tenido un trastorno depresivo (o un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar), junto con la evaluación del potencial autolesivo, que incluye la presencia de armas en casa.

A pesar del hecho de que estos niños reconocen sentirse tristes, incluso los mayores pueden no darse cuenta de que éste es un cambio, y no hablemos de ser capaces de identificar cuándo estos sentimientos de tristeza empezaron o por cuánto tiempo han estado presentes. Debido a que el sentido del tiempo se desarrolla en la infancia posterior, es útil relacionar los tiempos con eventos importantes “¿Empezó antes de tu cumpleaños [o Navidad, o en primer grado]?”.

La causa de la depresión en los niños (como en los adultos), sin duda, es multifactorial, así que es necesario preguntar al paciente y a sus padres los antecedentes familiares de trastornos mentales, experiencias anteriores con trastornos del estado de ánimo y de otro tipo (en especial, de ansiedad y relacionados al uso de sustancias), trauma, problemas interpersonales (interacciones con pares, relaciones románticas en el caso de adolescentes) y estados cognitivos (¿cómo se ven los niños a sí mismos y cómo ven su futuro?).

Factores de desarrollo

Los niños pequeños tienden a llorar y su movilidad física es lenta, pueden hablar menos de lo normal; el inicio de la depresión puede ser incluso más insidioso que en niños mayores. En niños de primaria y adolescentes se deben buscar síntomas somáticos como dolores de cabeza, poco apetito y dolor abdominal. A veces, no subir de peso o dormir demasiado y un nivel inhibido de actividad general puede anunciar el diagnóstico. Debido a que las habilidades de lenguaje no están bien desarrolladas en niños muy pequeños, observar actitud decaída, renuencia a jugar, letargo, expresión triste, habla lenta y tono monótono de voz es de gran importancia antes de la edad de 5 años. Algunos niños pequeños (e incluso algunos adolescentes) no son capaces de identificar como estado de ánimo depresivo lo que sienten; para ellos, la irritabilidad es una manifestación equivalente del episodio depresivo mayor o del trastorno depresivo persistente.

Los adolescentes pueden describir sus síntomas con mayor precisión que los niños más pequeños; también reconocen con mayor facilidad los sentimientos de culpa, conductas autolesivas y otros síntomas característicos de la depresión grave en adultos (retraso psicomotor, delirios, desesperanza). Desde luego, los niños mayores y los adolescentes por igual se deprimen tanto que su desempeño escolar y sus amistades padecen las consecuencias. Los adolescentes pueden mostrar su enfermedad depresiva en la forma de problema de conducta que recuerda al trastorno de la conducta: promiscuidad, delitos menores y consumo de sustancias.

TRASTORNOS BIPOLARES Y RELACIONADOS

Diagnóstico de trastornos bipolares y relacionados en pacientes jóvenes

Si estuviéramos hablando de adultos, esta sección consideraría los trastornos bipolar I, bipolar II y ciclotímico. Aunque estos trastornos se pueden presentar en niños y adolescentes, hay muy poca información acerca de cómo se manifiestan en pacientes jóvenes.

¿Cómo se codifica un intento de suicidio? Desde luego, se menciona en el resumen y en el cuerpo del informe, pero esta conducta es tan importante que debe resaltar, sobre todo si se trata de algo repetitivo. Hay un número de código Z que se puede asignar (Z9a.5, antecedentes familiares de autolesiones). Se usan todas las palabras necesarias para comunicar un mensaje completo y exacto sobre el paciente que muestra la conducta suicida.

Al igual que los adultos, la mayoría de los niños con trastornos del estado de ánimo sólo tienen depresión, pero 1 a 3% de los adolescentes tiene trastornos bipolares. Incluso Emil Kraepelin, quien escribió hace un siglo, dijo que la manía podía ocurrir antes de la pubertad; de hecho, la adolescencia tardía es la etapa más común para el inicio de los trastornos bipolares. En parte, debido a que la manía es poco común en pacientes más jóvenes y, en parte, debido a que los síntomas se traslapan con el TDAH, los clínicos no lo esperan y, por lo tanto, lo pasan por alto con frecuencia. A menudo, la irritabilidad es el estado de ánimo predominante; ciclos rápidos (más de cuatro cambios al año) y una mezcla de manía y depresión son comunes, sobre todo, en pacientes jóvenes. Desde luego, puedes esperar abundancia de síntomas usuales de manía: estado de ánimo lábil, hiperactividad notable, necesidad reducida de dormir, planes nada realistas para el futuro. Muchos pacientes tienen delirios y algunos, alucinaciones.

A veces, incluso antes de que aparezcan los síntomas clínicos, los niños y adolescentes con trastornos bipolares parecen distintos a sus pares. Los niños de 2 o 3 años tienen problemas del estado de ánimo o conductuales, como berrinches y dificultad para dormir. Desde luego, estos síntomas también son comunes en el desarrollo normal, el inicio temprano no predice por sí mismo un trastorno bipolar.

Varias características de la depresión producen el desarrollo eventual de manía en niños y adolescentes:

- Inicio rápido de los síntomas depresivos
- Retraso psicomotor durante la depresión
- Depresión psicótica congruente con el estado de ánimo
- Antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, en especial de trastornos bipolares
- Síntoma maniaco que empiezan en respuesta al uso de fármacos antidepresivos, terapia electroconvulsiva o fototerapia

Lo niños y los adultos con trastornos bipolares pasan más tiempo deprimidos que con manía o hipomanía, y los primeros episodios suelen ser de depresión. En comparación con los pacientes con TDM, los adolescentes con trastornos bipolares, por lo general, tienen trastornos del estado de ánimo más graves y tienen un pronóstico de peor funcionamiento general y mayor comorbilidad (en especial, trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta y TDAH).

El trastorno ciclotímico -que implica cambios de estado de ánimo que no cumplen con los criterios de ningún episodio- se diagnostica con poca frecuencia incluso en adulto, y menos aún en niños. No obstante, presentamos abajo sus Características esenciales.

Tonya

Cuando Tonya tenía 15 años, la policía la llevó al hospital desde su casa. Su padre les había dicho que había atentado contra su vida y su comportamiento era extraño.

Durante varios años, Tonya no entraba a la escuela y se había escapado de casa en varias ocasiones. De manera intermitente, la habían remitido a un centro de vida alternativa, donde se observó que su padre bebía mucho. Abandonó la escuela en tercero de secundaria, y había sido expulsada de un programa escolar general equivalente varios meses antes por pelear.

El primer encuentro de Tonya con los profesionales de la salud mental había tenido lugar 6 meses antes. Entonces, justo después de romper con su novio, describió que tenía 2 meses de embarazo. Debido a una impulsiva sobredosis con las pastillas para el dolor de su padre, terminó en la sala de emergencias de un hospital general, donde consideraron que no era muy peligrosa para sí misma y fue enviada a psicoterapia. Después de abortar, parecía no tener síntomas de un trastorno del estado de ánimo.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO CICLOTÍMICO

El paciente ha tenido muchos altibajos en su estado de ánimo que **no** cumplen con los criterios de ningún tipo de episodio (depresivo mayor, hipomaniaco maniaco). Aunque los síntomas están presentes la mayor parte del tiempo, hasta un par de meses de un estado de ánimo regular puede pasar.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (2+ años; en niños y adolescentes, sólo se requiere un año) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias, otros trastornos bipolares).

Nota de codificación

Especifica sí: Con ansiedad (>>>).

Su padre había notado sus cambios de estado de ánimo en los últimos 3 meses. Ella le había dicho que se había sentido decaída durante dos días, seguidos por un estado de entusiasmo que duró 8 o 9 horas. Debido a que él asumió que ella sólo estaba “elevada por el crac,” no buscó ayuda. Además, agregó, “para evitar que él la obligara a ir a la escuela”, Tonya había amenazado con acusarlo (falsamente) de violación.

Unas 2 semanas antes de la hospitalización actual de Tonya, se despertó temprano una mañana, y su habla era rápida y presionada. A lo largo del día mostró labilidad emocional cada vez mayor, pasado del llanto a la risa una y otra vez en pocos minutos. Ese día en la tarde, su padre al fin llamó a la policía cuando ella lo amenazó con un cuchillo de sierra. Aunque ella insistía en que él la había violado y a tres de sus amigas, los oficiales de policía que la escucharon observaron su evidente perturbación mental y la llevaron a una evaluación.

Tonya había vivido con su padre prácticamente los últimos 9 años (excepto por 6 meses en que él estuvo en prisión por maltrato físico a su hijo, hermano de Tonya, de 11 años de edad). Su madre, quien era conocida por abusar de drogas y había estado hospitalizada varias veces por psicosis, había estado ausente de casa desde que Tonya estaba en primer grado.

Tonya había sido feliz, un bebé tratable que “siempre estaba hablando y en movimiento.” Tuvo buen rendimiento hasta segundo grado de secundaria y pronunció el discurso de despedida al salir de la primaria. Fue entonces cuando empezó tener contacto con vendedores de drogas en el vecindario, y casi abandonó el primer semestre de tercero de secundaria. Por esa época, también empezó a pelear con otras niñas y se volvió negativista frente a sus maestros; por último, abandonó la escuela.

Después de su ingreso al hospital, Tonya estaba desaliñado y necesitaba urgentemente un baño. Ella parecía agitada y en movimiento constante. Su discurso era presionado, y aceptó que sus pensamientos pasaban muy rápido. Su estado de ánimo era de enojo y expansivo, y dijo a distintos entrevistadores que pensaba que había venido al hospital “para enderezarlos a ustedes.” Durante el proceso de ingreso, ella tuvo dificultades para enfocar su atención y, con frecuencia, murmuraba “¿Qué estaba diciendo? ¿Qué estaba

diciendo?” Dijo que no tenía alucinaciones, pero dos veces afirmó que podía oír los “latidos del corazón del amor de Jesús,” lo cual significaba que ya era la Segunda Venida. En repetidas ocasiones afirmó que estaba completamente bien, y que su padre era el de todos los problemas; además de reformar la institución, ella no sentía necesidad de estar hospitalizada. Estaba alerta y orientada, pero no cooperaba en la evaluación cognitiva. Más adelante, las pruebas revelaron un CI de 125 y ningún déficit cognitivo.

Aunque Tonya dijo que no sufría cambios en sus ciclos de sueño ni en su apetito, era claro que ambos habían disminuido. Seguía hablando mucho y no podía enfocarse en ninguna tarea ni participar en actividades que duraran más de unos segundos. Cada vez que se le señalaban estos problemas, de inmediato se enojaba y se tornaba desafiante

Su hospitalización se prolongó a 6 semanas. Con el tiempo, Tonya empezó a tomar litio; una semana después su nivel de actividad disminuyó y se podía enfocar en las actividades. Su afecto se hizo menos lábil, y su estado de ánimo se estabilizó. Cuando fue dada de alta, ella manifestó, “Ahora me siento muy bien por dentro.”

Evaluación de Tonya

La hiperactividad se puede encontrar en otros trastornos. El **TDAH**, quizá el diagnóstico más importante en la lista diferencial de los trastornos bipolares en jóvenes, suele aparecer en edades más tempranas que el episodio maniaco, pero puede ser comórbido con el trastorno bipolar I y II. Sin embargo, Tonya no tenía antecedentes de problemas de atención o hiperactividad antes del segundo grado de secundaria, y los síntomas de TDAH deben empezar antes de los 12 años. El consumo de drogas, como esteroides y anfetaminas (prescritas o ilícitas) puede producir síntomas psicóticos que, a veces, se confunden con la manía. Los síntomas de Tonya continuaron después de ingresar al hospital, lo cual redujo de manera drástica la posibilidad de que estuvieran relacionadas al **uso de drogas**. (Sin embargo, un examen toxicológico habría ayudado para tranquilizar a los cuidadores).

Los síntomas en adolescentes a menudo están acompañados de psicosis, que con demasiada frecuencia se diagnostica de modo erróneo como **esquizofrenia**. Aunque, en apariencia, Tonya tenía delirios al ingresar, sus síntomas del estado de ánimo considerables iban en contra de este diagnóstico. El DSM-5 contiene un fuerte argumento en los criterios de la esquizofrenia, que especifican que la duración de los síntomas del estado de ánimo debe ser breve en relación con la duración de los síntomas psicóticos. Muchos pacientes que se encuentran muy cerca del episodio maniaco actúan como si tuvieran **un trastorno de la conducta** o, en casos más extremos, el **trastorno de la personalidad antisocial**. El **trastorno de adaptación con perturbación de la conducta** a veces también se sospecha, probablemente debido a la relativa poca frecuencia con que las manías se encuentran en este grupo de edad. Sin embargo, los trastornos de la adaptación están casi en el último lugar de la jerarquía diagnóstica: no podemos diagnosticar uno si los síntomas cumplen con los criterios de cualquier otro

trastorno mental.

Debido a que los antecedentes de Tonya no concordaban con ninguno de los diagnósticos arriba mencionados, podemos evaluar qué tan bien sus síntomas se ajustan a los criterios de los trastornos del estado de ánimo. Los pasos que aquí se mencionan son los que se describen en la sección “Paso a paso” (>>>).

Paso 1: En su episodio reciente, el estado de ánimo de Tonya parecía más enojado que eufórico, lo cual es común incluso en adultos, pero más en niños y adolescentes. Antes, había tenido ideas de grandiosidad (criterio B1 del episodio maniaco); en su ingreso, ella dijo que sus pensamientos pasaban muy rápido (B4). La mayor parte del tiempo, hablaba mucho (B3), parecía agitada (B6), se distraía con facilidad (B5) y habían disminuido su apetito y sueño (B2). Aunque no había razones para pensar que había **consumido drogas** antes, no tuvo oportunidad de hacerlo durante su hospitalización y, sin embargo, sus síntomas continuaron (D). Aunque sus síntomas habían durado mucho más de 1 semana, tiempo requerido mínimo para el episodio maniaco, el hecho de que había requerido hospitalización hacía innecesario este requisito (A y C). Por lo tanto, ella cumplió con facilidad con los criterios del episodio maniaco que aparecen en Características esenciales de los episodios (>>>) y en el DSM-5.

Paso 2: Ahora es fácil llegar al diagnóstico real (véanse las Características esenciales de los trastornos del estado de ánimo con base en los episodios, (>>>)). Ella contaba con un elemento fundamental, el episodio maniaco (criterio A del trastorno bipolar I). Los síntomas del estado de ánimo de inicio abrupto y claro descartan cualquier trastorno psicótico como la **esquizofrenia** (criterio B). La gravedad de su enfermedad y la falta de *muchos* episodios excluiría el diagnóstico de **trastorno ciclotímico**; debido a que ella tuvo un episodio maniaco completo, no podía ser diagnosticado con **trastorno bipolar II**.

Paso 3: Tonya ahora empezaba a recuperarse de un episodio maniaco, y no había tenido episodios previos claros. Esto haría que su diagnóstico fuera trastorno bipolar I, episodio maniaco más reciente.

Paso 4: Debido a que su episodio maniaco actual incluía síntomas psicóticos, la tabla 13-1 no indicaría el código F31.2 -sin importar lo que se piense de la gravedad general de su enfermedad. (Era evidente que ella estaba bastante enferma.)

Pasos 5 y 6: No se aplicarían otros especificadores de episodio o curso (de las Características esenciales de los especificadores del estado de ánimo, (>>>)).

Además, el código Z de la lista que aparece a continuación describe una característica del ambiente de Tonya que podría complicar el tratamiento subsiguiente. Su diagnóstico completo sería el siguiente:

F31.2 Trastorno bipolar I, episodio actual maniaco, con características psicóticas
Z62.820 Problemas en la relación padres-hijo
CGAS 45 (en el ingreso)

CGAS 80 (en el momento del alta)

F31.89 Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado

F31.9 Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Un niño o adolescente cuyos síntomas bipolares no cumplen con los criterios de ningún trastorno bipolar mejor definido se puede diagnosticar con otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado o no especificado (y luego deben observarse los cambios de los síntomas con atención). Como es usual, el diagnóstico de otro trastorno especificado se emplea si se desea indicar la razón por la cual los criterios no cumplen con ningún otro trastorno bipolar.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

Sugerencias generales

De todos los pacientes que son enviados a evaluación y que pueden comunicarse de manera adecuada, los que tienen manía son los más difíciles de entrevistar. Por lo general, creen que nada está mal, y **saben** que tienen mejores cosas que hacer que hablar con un clínico. Cuando un niño o adolescente tiene manía, una privación más puede ser el nivel de actividad agresiva del paciente, que puede plantear un impedimento físico para la alianza terapéutica. Por fortuna, el habla compulsiva de estos pacientes constituye un síntoma y un vehículo para obtener información.

La mayoría de los pacientes con manía sienten una gran presión para estar en silencio, y hablan con profusión sobre cualquier tema. Debes hacer una pregunta; entonces, retomando una palabra o frase que ha dicho el paciente, se puede encausar el curso del discurso hacia la información que se busca. La psicosis acompaña con frecuencia la manía juvenil; se debe verificar la presencia de delirios y alucinaciones. Recuerda que el diagnóstico de trastorno bipolar se hace mejor con base en los antecedentes longitudinales que en la evaluación de los síntomas actuales. También, descarta el uso de sustancias que induzcan síntomas del estado de ánimo.

Factores de desarrollo

Aunque la manía juvenil se parece mucho a la de los adultos, se han observado algunas diferencias. Los niños menores de 8 años de edad no tienen episodios discretos, y los ciclos regulares no son comunes antes de la adolescencia. Las enfermedades de los pacientes jóvenes a menudo empiezan de manera insidiosa y, a veces, son crónicas. Los estados de ánimo de los niños suelen ser irritables más que eufóricos, y es más probable que tengan características psicóticas como las alucinaciones en comparación con adolescentes y adultos. Los niños pequeños tienen personalidades premórbidas especialmente perturbadas.

Cuando la manía se presenta en niños pequeños, se parece al TDAH o al trastorno negativista desafiante, en tanto que los síntomas a menudo incluyen peleas y groserías frecuentes. Alrededor de la pubertad, los niños experimentan manía como irritabilidad o mala conducta que sugieren el trastorno de la conducta o el TDAH; a veces, tienen ciclos continuos y rápidos. Otro problema para hacer el diagnóstico es que el TDAH con frecuencia es comórbido con los trastornos bipolares. Para asegurarse que no se diagnostica de manera errónea la manía en niños prepuberales, se debe indagar en los antecedentes familiares de los trastornos bipolares.

OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Trastorno depresivo o bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

Muchos padecimientos médicos pueden causar síntomas depresivos; algunos también ocasionan síntomas maníacos. Cuando se evalúa un paciente joven con síntomas del estado de ánimo, siempre es importante considerar la posibilidad de que existan problemas médicos.

Trastorno depresivo o bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

el uso de sustancias es una causa común y probablemente detectada menos de lo que debería ser de los síntomas del estado de ánimo. Es esencial considerar la posibilidad del uso de sustancias en pacientes jóvenes, sobre todo los que se presentan con síntomas del estado de ánimo, pero sin antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. Revisar los síntomas en Características esenciales de la intoxicación por sustancias y de la abstinencia ([>>>](#) y [>>>](#)) y en Características esenciales de cuatro trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos ([>>>](#)) en el capítulo 24. La tabla 24-1 ayuda a redactar y determinar los números del código.

En ningún lugar, el DSM-5 usa la edad de inicio como criterio de los trastornos del estado de ánimo en niños o adultos. Sin embargo, con base en trabajos recientes, quizá se deba prestar mayor atención a la edad, por supuesto cuando se considere el pronóstico. Varios indicadores sugieren que un inicio temprano (entre los 13 y 15 años de edad, o incluso antes) del TDM implica una mayor probabilidad de resultados adversos. Entre las que se encuentran enfermedades comórbidas (físicas y mentales), episodios repetidos de depresión, intentos futuros de suicidio, riesgo de soledad (pocas amistades duraderas, nunca se contrae matrimonio) y síntomas que, por lo general, son más graves.



Capítulo 14

Trastornos de ansiedad

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los siguientes padecimientos se pueden diagnosticar en niños y adolescentes que presentan síntomas de ansiedad notables; por regla general, están acompañados de otros trastornos.

Trastornos de ansiedad primarios

Trastorno de pánico. Los pacientes con este trastorno experimentan ataques de pánico repetidos, junto con preocupación por tener otros ataques y otros cambios mentales y conductuales relacionados con ellos.

Agorafobia. Los pacientes temen situaciones o lugares como entrar a una tienda donde podrían tener dificultades para encontrar ayuda en caso de sentir ansiedad.

Fobia específica. Estos pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Animales, tormentas, las alturas, sangre, aviones, estar encerrado o cualquier circunstancia que provoque vómito, asfixia o una enfermedad, todos son ejemplos de fobia específica.

Trastorno de ansiedad social. Los pacientes se imaginan a sí mismos avergonzados al hablar, escribir o hablar en público, o usar los mingitorios públicos.

Mutismo selectivo. El niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con un grupo selecto de personas o familiares de confianza.

Trastorno de ansiedad generalizada. Aunque no experimentan ataques agudos de pánico, estos pacientes se sienten tensos o ansiosos gran parte del tiempo.

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente siente ansiedad cuando se separa de uno de sus padres o de otra figura de apego.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Muchos padecimientos médicos pueden causar varios síntomas de ansiedad.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Varias sustancias psicoactivas producen síntomas de ansiedad que no necesariamente cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos antes mencionados.

Otro trastorno de ansiedad, especificado o no especificado. Se usa una de estas categorías cuando los síntomas de ansiedad del paciente no cumplen con los criterios de ninguno de los diagnósticos anteriores.

Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados

Los síntomas de ansiedad se pueden encontrar en pacientes con casi cualquier otro trastorno mental. Su prevalencia es mayor en los trastornos del estado de ánimo (donde pueden incluirse como el especificador **con ansiedad, (>>>)**), el trastorno de síntomas somáticos (>>>), y el trastorno de adaptación con ansiedad (>>>). Véase también el trastorno obsesivo-compulsivo (>>>) y los trastornos relacionados a traumas y factores de estrés (capítulo 7).

INTRODUCCIÓN

Al pensar en los trastornos de ansiedad, se deben tener siempre presentes los siguientes puntos:

- Los trastornos de ansiedad son los más comunes de todos los trastornos de la salud mental, aunque no es claro con qué frecuencia afectan a jóvenes, en especial niños pequeños. Por un lado, se han estudiado en niños y adolescentes por un periodo relativamente corto. Por el otro, los niños pequeños a menudo no se dan cuenta de que sienten ansiedad –que ellos pueden expresar no con palabras, sino con conductas como no querer separarse de sus padres, llorar, quedarse inmóviles, y con síntomas físicos como dolores de estómago y cabeza, fatiga, anorexia o insomnio. Sólo en años recientes, los criterios diagnósticos insisten en que los síntomas producen discapacidad o malestar; estudios más antiguos que omiten este criterio exageraban su prevalencia.
- Dicho lo anterior, una encuesta nacional informó que cerca de 8% de adolescentes (de 13 a 18 años) tenía un trastorno de ansiedad, con síntomas que por lo común aparecen mucho antes, a menudo alrededor de los 6 años. De estos adolescentes, sólo 18% recibe atención de salud mental.
- Los criterios del DSM-5 son categóricos. Se tiene el trastorno o no (una mala analogía: no existe tal cosa como estar un poco embarazada). Sin embargo, muchas enfermedades físicas pueden estar presentes en distintos grados, como diabetes, enfermedades cardíacas e incluso el cáncer, y muchos clínicos de la salud mental señalan el valor de la dimensionalidad en el diagnóstico.
- El niño o adolescente ansioso típico se puede diagnosticar con más de un trastorno de ansiedad. Sin embargo, no es claro si este hallazgo predice diagnósticos múltiples (o **cualquier** diagnóstico) cuando estos jóvenes crecen.
- Muchos niños y adolescentes ansiosos no cumplen con todos los requisitos de algún trastorno de ansiedad bien definido en el DSM-5, por lo que se deben diagnosticar con otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.
- Hasta el DSM-5, el trastorno de ansiedad por separación se agrupaba con los trastornos que se suelen diagnosticar por primera vez en la infancia o adolescencia (que ahora, a su vez, fueron renombrados como trastornos del neurodesarrollo).
- Por último, se debe recordar que, en muchos casos, la ansiedad es una emoción normal, incluso útil, que cambia de una etapa del desarrollo a la otra. Puede llevar tiempo diferenciar las preocupaciones normales, adaptativas (frente a una amenaza

percibida) de la ansiedad que constituye una expresión desadaptada de miedos irracionales o conductas disfuncionales.

F93.0 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

El nombre resume los síntomas: ansiedad cuando el paciente se separa de sus padres o de otros cuidadores importantes. El trastorno de ansiedad por separación (TAS) a menudo tiene sus mayores efectos en el escenario escolar. Sin embargo, otras fuentes comunes de dificultad incluyen renuencia a quedarse con niñeras o en guarderías, o, en el caso de niños mayores o adolescentes, temen estar solos en casa. Se puede identificar un evento desencadenante: un accidente menor, enfermedad o cirugía, cambio de casa, salón de clase o escuela, pérdida de una mascota, amigo o padre. Mientras que el trauma causa el trastorno de estrés postraumático, que es más grave, no se debe olvidar que también puede provocar el inicio del TAS.

Cualquiera de estas amenazas percibidas puede generar ansiedad en el paciente, quien por regla general empieza con quejas y continúa con resistencia frente a la separación. En última instancia, algunos pacientes se niegan a estar solos en un cuarto, ir al baño, o incluso, dormir solos a pesar de los métodos con premios y castigos empleados por los padres o por las medidas tomadas por las autoridades escolares. Esta secuencia suele avanzar con rapidez en niños pequeños, pero el proceso puede ser más insidioso en adolescentes.

El TAS a veces se confunde con el ausentismo escolar, pero este último suele ser ignorado por los padres o las autoridades escolares, mientras que los niños o adolescentes que faltan a la escuela por este motivo casi siempre se encuentran en casa o con uno de sus padres. En cualquier caso, la evitación a la escuela es muy visible e importante del TAS en la infancia. De hecho, con frecuencia es el maestro o el psicólogo escolar quienes sugieren por primera vez el diagnóstico correcto.

Debido a que los niños pequeños tienen dificultad para hablar de su ansiedad, por lo general manifiestan el trastorno mediante síntomas somáticos. Los pediatras que atienden a niños con dolores de cabeza, dolores abdominales recurrentes y debilidad muscular, muchas veces, los tratan como si fueran trastornos físicos.

Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables al TAS en tres etapas: cuando entran al jardín de niños (5 años de edad), cuando pasan a estructuras sociales de pares y ambientes de aprendizaje más complejos (fin de la primaria, inicio de la secundaria, 11 a 12 años), y poco después del inicio de la pubertad (13 a 14 años). Quizá 4% de los niños de primaria tienen TAS; en secundaria, el porcentaje se reduce a 2%, de modo que el TAS es el trastorno de ansiedad cuya prevalencia disminuye de manera regular en edades

mayores. Las niñas con TAS superan a los niños en la población general; sin embargo, un niño que tiene este padecimiento tiene más probabilidades de ser evaluado, lo cual hace que la proporción por género entre las poblaciones clínicas sea aproximadamente de 1:1.

La herencia genética está en los primeros lugares entre las causas del TAS. Los hijos de padres con trastornos de ansiedad y depresión mayor tienen mayor riesgo de desarrollar TAS. También es mayor su prevalencia en niños que tienen enfermedades médicas graves, por ejemplo, los que reciben tratamiento para cáncer o fibrosis quística, o los que requieren diálisis en etapa terminal de las enfermedades renales. En ocasiones, es uno de los padres quien manifiesta ansiedad frente a la separación; si así es, es importante abordar esto, de modo que el padre ayude al niño a desarrollar resiliencia. Más adelante en la vida, los niños con TAS tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno de pánico o trastornos depresivos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Debido a que temen que algo pueda pasarle a uno de sus padres o a otra persona importante en sus vidas, estos pacientes se resisten a estar solos. Imaginan que su padre o madre morirán o se perderán (o que eso les pasará a ellos mismos), de modo que incluso la idea de separarse puede provocar ansiedad, pesadillas o quizá vómitos u otras manifestaciones físicas. Por lo tanto, se niegan a ir a la escuela, salir a trabajar o dormir fuera de casa, incluso en una cama que no sea la suya.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (6+ meses en adultos, aunque los síntomas extremos –como el rechazo total a la escuela– podría justificar el diagnóstico después de una duración más breve; 4+ semanas en niños y adolescentes) • Malestar o discapacidad (social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico).

Eric

Cuando tenía 12 años de edad, Eric fue enviado a evaluación, porque temía constantemente perder a su madre. Cuando tenía 3 años, un vidriero que trabajaba en un edificio de oficinas en el centro de la ciudad había muerto en una caída desde un andamio en el piso 12. La madre de Eric había regresado a su trabajo en un banco, y Eric parecía aceptar la guardería relativamente bien. Sin embargo, cuando estaba a punto de entrar a la secundaria, el entusiasmo de Eric sufrió un revés. Ese verano, tuvo varios sueños en los que podía ver a su madre, pero no la podía alcanzar, porque estaban separados por una zanja. “Tal vez era el Gran Cañón”, dijo. Vivían al otro lado de la

calle de la escuela primaria, pero la secundaria estaba a algunos kilómetros de su casa.

En la primera semana en la secundaria, Eric hizo varios viajes a la enfermería. En repetidas ocasiones mencionó estar preocupado porque el banco donde trabajaba su madre fuera asaltado. Dijo que no podía respirar, y dos veces su madre tuvo que salirse de su trabajo para llevárselo a casa. En la segunda semana, no asistió a clases por un dolor abdominal. El pediatra determinó que estaba físicamente sano.

En la primera entrevista de salud mental, Eric parecía alegre y hablaba con normalidad. Negó tener síntomas de depresión, ansiedad o ataque de pánico. Reconoció que sus miedos en relación con su madre tal vez eran exagerados. “Pero yo sólo tengo a mi madre” dijo. “No puedes ser demasiado cuidadoso.”

Evaluación de Eric

Mientras que los síntomas físicos, preocupación constante, sueños intranquilos y temores en torno separarse de uno de sus padres son comunes en todos los niños pequeños, a la edad de 12 años no se esperan. Eric se preocupaba porque el banco donde trabajaba su mamá fuera asaltado (criterio A2), se negaba a ir a la escuela (A4), y su respiración era intranquila y tenía dolor abdominal (A8). (Al menos tres de los ocho posibles síntomas del criterio A son necesarios para el diagnóstico). Sus síntomas habían durado más de un mes (B), y estaba tan angustiado que no podía asistir a clases (C). Se pueden descartar otros posibles diagnósticos (D): negó tener **ataques de pánico**, y las circunstancias de sus síntomas estaban demasiado delimitadas para el diagnóstico de **trastorno de ansiedad generalizada** (que, sin embargo, a menudo es comórbido). Otros padecimientos en que se observa ansiedad de separación son los **trastornos psicóticos** y el **trastorno de estrés postraumático**, ninguno de los cuales tiene sustento en los antecedentes de Eric. Aunque Eric había estado afligido, esto llevaba mucho tiempo, y no había evidencias de que aún lamentara activamente la muerte de su padre. Negó tener síntomas de algún **trastorno depresivo**, que ocurre hasta en la mitad de estos niños. Por lo tanto, el diagnóstico completo de Eric sería el siguiente:

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación
CGAS 70 (actual)

Fobia escolar es un término que se usó una vez para describir el rechazo de los niños a ir a la escuela. Desde luego, por lo general no era la escuela en sí misma lo que causaba el miedo en los niños, sino las consecuencias de estar lejos de casa o de los padres. **Evitación a la escuela (o rechazo a la escuela)** es un mejor término para un problema que puede tener diversas causas, entre las que el TAS es sólo la más frecuente. Los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista desafiante, los trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias, el deterioro escolar, los problemas intrafamiliares y ser víctima de acoso escolar u otro trauma, todos están las causas del rechazo a la escuela. Lo importante es que la evitación a la escuela no necesariamente implica enfermedad mental.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Sugerencias generales

Los niños muy pequeños, de manera natural, pasan por una etapa en la que se rehúsan a separarse de sus padres, pero esto disminuye poco a poco entre los 3 y 5 años de edad. Aunque estos niños gritan o hacen berrinches mientras sus padres se preparan para marcharse, se calman y continúan con sus actividades habituales una vez que se quedan en la guardería o con una niñera. Un niño con TAS se distrae con mayor dificultad, y dichas conductas se prolongan más allá de las edades en que es esperado por su nivel de desarrollo.

Mientras se investigan los antecedentes, se deben buscar síntomas (emocionales o físicos) que estén en relación con el año escolar: aumentan en temporada de escuela, y disminuyen o desaparecen durante las vacaciones. Evaluar el grado en que un niño pequeño se aferra a su padre o madre en la sala de espera. ¿La resistencia a la despedida aumenta cuando la hora de la separación se acerca? ¿El grado de angustia es tan grave que no puedes entrevistar al niño solo? Preguntar al niño “¿Qué temas que pase?” La respuesta probablemente incluya escenas de desastres: sus padres sufren un accidente automovilístico, o el niño es secuestrado o muere.

Indagar con atención cualquier antecedente familiar de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, y preguntar por padecimientos comórbidos en el paciente. El TDAH a menudo se presenta en niños que rechazan la escuela, al igual que trastornos del estado de ánimo u otros de ansiedad. También, como terapeuta, se debe saber qué hace el niño cuando se queda en casa en vez de ir a la escuela; ¿es algo que disfruta y secundariamente refuerza la conducta? Asimismo, se debe saber cómo reaccionan los padres: ¿Su preocupación podría sumarse a la inseguridad del niño?

Los síntomas de ansiedad por separación y de otros tipos pueden ser una respuesta a la experiencia o amenaza de trauma o abuso, y el niño puede estar demasiado asustado para revelar el trauma. Es importante determinar si el paciente ha estado enfermo o ha sufrido una lesión, o si la familia está a punto de disolverse. Si es posible, (aunque sea brevemente) preguntar al niño solo acerca de posibles experiencias traumáticas. Desde luego, si se sospecha de abuso, deben seguirse las leyes de denuncia de los servicios de protección infantil en la jurisdicción en el lugar de trabajo.

Factores de desarrollo

Los niños pequeños que tienen TAS pueden reaccionar al temor de que se separen sus padres aferrándose físicamente a ellos o siguiéndolos de cerca de una habitación a otra. Tienen mayor probabilidad de sentir miedo a que los padres sufran algún daño, mientras que los niños mayores o los adolescentes a menudo describen síntomas físicos o sentimientos subjetivos de angustia. Los niños mayores pierden la oportunidad de salir de casa para ir a campamentos, dormir en casa de un amigo o incluso asistir a la escuela. Tienen miedo de estar solos en casa en una edad en que muchos adolescentes empiezan a cuidar a sus hermanos menores

F94.0 Mutismo selectivo

Los niños con mutismo selectivo (MS) hablan con fluidez, pero permanecen callados, excepto cuando están solos o con un pequeño grupo de personas íntimas o con su familia. El padecimiento suele empezar durante los años preescolares, después de un desarrollo normal del lenguaje. Estos niños, que hablan de manera adecuada en su casa y con su familia, permanecen relativamente callados cuando se encuentran frente a extraños, a veces no llaman la atención clínica hasta que empiezan la escuela.

La mayor parte de los niños con MS tienen una audición y una inteligencia normales.

El riesgo es mayor para los que provienen de familias de inmigrantes, los que tienen problemas de lenguaje como el tartamudeo o el habla retrasada, o cuya lengua materna es distinta de la que se habla en la escuela.

Tradicionalmente, el MS se ha considerado un trastorno poco común, pero varias encuestas recientes sugieren que su prevalencia en la población general es, tal vez .05%, y las niñas lo padecen un poco más que los niños varones. Con frecuencia, hay antecedentes familiares de MS o trastorno de ansiedad social; de hecho, estos niños, a menudo tímidos, también cumplen con los criterios de trastorno de ansiedad social. Aunque el MS suele mejorar de modo espontáneo después de algunas semanas o meses, el proceso de tratamiento puede ser muy frustrante para el terapeuta, cuyos jóvenes pacientes pueden pasarse callados toda la sesión, aun cuando en la escuela o con amigos recobren el habla normal. En un pequeño porcentaje, el MS puede persistir en la adultez temprana. Algunos individuos desarrollan otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad social en la adultez.

Kim

Kim, alta, delgada, de apariencia hombruna y de 7 años de edad, había dejado de hablar con todo mundo excepto con su madre, y luego sólo cuando estaban en casa. El problema comenzó de manera abrupta 18 meses atrás, cuando estaba por salir del jardín de niños. En ese tiempo, sus padres se separaron después de 15 años de matrimonio, y su padre dejó a la familia y se mudó a una ciudad lejana para vivir con una nueva pareja. Kim, su hermana de 9 años de edad y su madre se quedaron solas.

Kim nació en Nueva York, a donde sus abuelos llegaron de Polonia hace más de 60 años. Su crecimiento y desarrollo tempranos fueron por completo normales; no tenía antecedentes de tartamudeo o de retraso en el habla. Mientras que su funcionamiento previo en la escuela, tanto académico como con sus pares, había sido bueno, su negativa a hablar la había llevado a estar a punto de reprobar y casi a cortar con sus amistades. En vez de hacerla repetir el quinto grado, su maestra recomendó tratamiento.

Aunque Kim había dejado de hablar con sus amigos, y estaba todo el tiempo callada en clase, hablaba con normalidad en casa con su madre y su hermana. De hecho, su madre trajo a la entrevista inicial una grabación de audio con Kim hablando en casa. En la grabación, Kim hablaba con cierta profusión de un paso de baile que había visto en la televisión; dos veces se le oía interrumpir a su hermana. Aunque Kim se negaba a pronunciar siquiera una sílaba con el examinador, mantenía el contacto visual y de inmediato escribía las respuestas a las preguntas. Por este medio, negó cualquier historia de depresión, alucinaciones o ataques de pánico.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL MUTISMO SELECTIVO

A pesar de hablar con normalidad en otros momentos, el paciente, por lo regular, no habla en ciertas situaciones en que se espera que lo haga, como el salón de clase.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (1+ meses) • Malestar o discapacidad (deterioro social o escolar) • Diagnóstico diferencial (desconocimiento del lenguaje que se debe usar; un trastorno de la comunicación como el tartamudeo, trastornos psicóticos, trastorno del espectro autista, trastorno de ansiedad social).

Nota de codificación

El primer mes del primer año del niño en la escuela, a menudo, está lleno de ansiedad; excluye conductas que se presentan en este momento.

Evaluación de Kim

Desde luego, Kim no hablaba en los lugares donde se esperaba que lo hiciera (criterio A) y eso había interferido en su proceso escolar (B) y había durado más de un mes (C). Así que el problema para el clínico era descartar cualquier otra posibilidad como un **trastorno del lenguaje, del aprendizaje o de la audición** primario que produzca algo semejante al MS. Ninguno de ellos se observó en Kim, que, habiendo nacido en EUA de padres angloparlantes, no tenía razones para sentirse incómoda con su lengua materna (D). Una vez superadas estas barreras, existe en el MS un trastorno de un solo síntoma que es, por completo, evidente por sí mismo.

Sin embargo, otros padecimientos se pueden presentar junto con el mutismo. Se pueden descartar la **discapacidad intelectual grave** y el **trastorno del espectro autista** tomando en cuenta los antecedentes de desarrollo normal de Kim y de su progreso en los primeros 5 años de vida. Las grabaciones de audio dejaron en claro que no hay evidencias de otro **trastorno de la comunicación**. Aunque el **trastorno de ansiedad social** se asocia a menudo con el MS, Kim manifestó por escrito que la **ansiedad** no jugaba un papel importante en sus dificultades. En ninguna parte de estas comunicaciones escritas o en su historia hubo evidencias de **esquizofrenia** u otro **trastorno psicótico**. Aunque los niños con **depresión** grave pueden hablar muy poco, esa conducta tiende a mantenerse en casa o fuera de ella. Así que se cumple el criterio E, y el diagnóstico incontrovertible sería éste:

F94.0 Mutismo selectivo
CGAS 51 (actual)

EVALUACIÓN DEL MUTISMO SELECTIVO

Sugerencias generales

Hay cierta contradicción en la noción de entrevistar a alguien que no habla. Pero, por supuesto, gran parte de lo que tratamos de averiguar sobre un niño proviene de su historia, y otra de la observación de la conducta no verbal. Saber que un niño que no pronuncia una sola palabra en el curso de una sesión de media hora habla con fluidez y con profusión en casa hace pensar con mucha certeza en el MS. En el consultorio, se puede inducir a comunicarse en murmullos, ademanes, escribiendo o dibujando incluso a un niño como ese. Algunos clínicos creativos han instalado teléfonos en el cuarto de examen, y mediante ellos lograr suscitar cierta comunicación interpersonal con niños que presentan MS. Siempre y cuando no estén cara a cara con ellos. (El uso de las entrevistas telepsiquiátricas puede ser una herramienta a considerar en el futuro).

Observar que un niño mudo luce **interesado** en comunicarse ayuda a determinar el diagnóstico diferencial respecto de uno que tiene discapacidad intelectual, al igual que la calidez y la sensibilidad ayuda a distinguir a un niño con mutismo selectivo de otro con trastorno del espectro autista. Observa con atención cualquier ansiedad evidente; ciertas evidencias sugieren que los niños con mutismo selectivo, a veces, sufren de una variante extrema de trastorno de ansiedad social. Estos niños pueden negarse a comer o a escribir cuando están con otras personas. Los niños enojados tratan de controlar el ambiente negándose a hablar, pero con paciencia en la entrevista y una consideración sincera por lo que sienten estos niños, la resistencia a hablar disminuye.

Factores de desarrollo

Debido a que los pacientes con MS hablan con normalidad en casa, la conducta suele no observarse, sino cuando entran a la escuela. Sin embargo, los niños normales son renuentes a hablar en los primeros días de escuela, así que el diagnóstico sólo se hace si el problema no se resuelve de manera espontánea después de un mes en el jardín de niños o en primer grado de primaria.

TRASTORNOS FÓBICOS

Una **fobia** es un temor provocado por algo. Produce síntomas de ansiedad importantes en términos clínicos, que pueden ser ataques de pánico (con indicadores que anuncian su inminencia) o síntomas más generales de ansiedad. Se revisarán los dos tipos principales de fobias: específica y social (se hablará de la agorafobia por separado más adelante, junto con los ataques de pánico y el trastorno de pánico). La fobia específica es un miedo a situaciones (como la acrofobia, miedo a las alturas) u objetos (como las arañas o las tormentas). Una fobia social es un miedo de algunos niños a las situaciones o actividades sociales (como hablar en público). En el DSM-5, la fobia social fue renombrada como trastorno de ansiedad social, pero los síntomas siguen siendo en esencia los mismos. En este texto se abrevia como TASO, para diferenciarlo del trastorno de ansiedad por separación y otros trastornos que suelen abreviarse como TAS.

La fobia específica y el TASO tienen muchas características en común, que se resume así:

- Un padecimiento que provoca miedo o ansiedad.
- Cada vez que está expuesto al estímulo, el paciente casi siempre experimenta este sentimiento.
- Aunque los adultos suelen darse cuenta de que su ansiedad es excesiva, los niños (y algunos adolescentes) no.
- Muchos adultos con fobias desarrollan por primera vez sus síntomas en la infancia o la adolescencia.
- Un paciente evita la situación temida, o la soporta con una gran angustia (los niños y adolescentes tienen menor capacidad de evitar los estímulos).
- El padecimiento afecta seriamente la vida del paciente o causa una notable angustia (la presión arterial baja y los desmayos suelen presentarse en casos de fobia específica de tipo sangre-inyección-lesión).
- Los síntomas deben durar al menos 6 meses. En niños, este requisito ayuda a distinguir algunos miedos transitorios –a los extraños o a la oscuridad, por ejemplo– que corresponden al desarrollo normal e, incluso, tienen importancia para la supervivencia.
- El diagnóstico de otro trastorno de ansiedad no explica mejor los síntomas. Sin embargo, los niños y adolescentes (y adultos) con fobias suelen tener otros trastornos mentales mayores también, principalmente de ansiedad.
- Un punto final se aplica sólo al TASO: las personas con padecimientos médicos o mentales que son deformantes o provocan conductas inusuales les da miedo que los demás se enteren. Por lo tanto, no se diagnosticaría TASO en, por ejemplo, un niño o adolescente con tricotilomanía si su único temor es que la gente note que se jala el cabello.

Aunque los síntomas de fobia específica y de TASO son un poco diferentes en los jóvenes (sobre todo en niños pequeños) y en adultos, los criterios son, en esencia, los mismos (ver Características esenciales después de cada uno).

Fobia específica

Los miedos casi siempre están presentes en los niños. En cerca de 5% de ellos y en 15% de los adolescentes, ocasionan un nivel clínico de angustia, lo cual convierte a la fobia específica en uno de los trastornos mentales más comunes en la infancia. La fobia a los animales suele empezar a la edad de 7 años, el miedo a la sangre, a los 9, y el miedo a los procedimientos dentales, a los 12. Las fobias a elementos específicos del ambiente, como la claustrofobia, suelen empezar mucho después, alrededor de los 20 años. Los

miedos a los animales y a fenómenos naturales como las tormentas, por lo general, se presentan en mujeres. El DSM-5 señala que algunos niños tienen un miedo especial a los ruidos fuertes o los que visten disfraces de personajes (como Goofy y Ronald McDonald).

La siguiente viñeta describe uno de los pacientes más célebres de Sigmund Freud. Basado en “Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy”, de la *Standard Edition* de las obras completas de Freud (Vól. 10, pp. 5-149).

El pequeño Hans

Cuando Hans aún no había cumplido 5 años de edad desarrolló un miedo a que “un caballo lo mordiera en la calle”. El hecho de que Freud asociara este terror con el miedo de Hans a los penes grandes y con el deseo de poseer sexualmente a su madre no debe preocupar aquí. En breve, ésta es la historia.

Empezando a principios de enero de 1908, Hans lloraba cada vez que veía un caballo. Cuando lo llevaban al parque, se veía “evidentemente asustado”; aun cuando estuviera acompañado era a renuencia a estar al aire libre. “Siempre volvía corriendo a casa con todos los signos de miedo si pasaban caballos”. Este miedo se aplicaba a cualquier caballo, sin importar si lo iban montando o jalando un carruaje. Sin embargo, cuando había poco tránsito y no había caballos a la vista, Hans parecía asustado. “¡Qué considerado!” decía. “Dios ha alejado a los caballos ahora”. Cuando no había posibilidad de encontrar un caballo, Hans lucía como un niño alegre y saludable.

Para mayo de ese año, los síntomas de ansiedad de Hans al ver a un caballo habían desaparecido en gran parte. En un seguimiento 14 años después, él seguía sin síntomas, incluso durante el divorcio y los segundos matrimonios de sus padres.

Evaluación del pequeño Hans

¿Cómo se relaciona esta fobia específica clásica con los criterios del DSM-5? La presencia de caballos (objeto específico) casi siempre (criterio B) provoca un llanto temeroso (delimitado) y “todos los signos del miedo” (A). Hans evitaba la cercanía con los caballos siempre que era posible (C). No hay evidencias claras de que Hans se diera cuenta alguna vez de que sus temores eran exagerados (D), pero esto no es necesario para diagnosticar una fobia específica.

Hasta aquí, todo bien: varios de los criterios de fobia específica se han cumplido. ¿Pero su angustia alcanza el nivel de significancia clínica? Para asegurar, Hans lloraba cuando lo llevaban al parque, pero eso difícilmente podría considerarse como un evento de importancia clínica. Él no iba a la escuela, y no se encuentra en el texto nada acerca de sus interacciones con amigos. No parecía tener conflictos con su familia (con la posible excepción de su padre, a quien supuestamente quería remplazar en los afectos de

la madre). El miedo a los caballos perturbaba sus actividades sólo en tanto que no iba mucho al parque. Se sentía angustiado, al grado en que su padre buscó consejo clínico. Eso parecería cumplir el requisito de significancia clínica (F).

Sin embargo, la evidencia sugiere que el miedo de Hans a los caballos se había disipado en menos de los 6 meses que el DSM-5 requiere como duración mínima (E). Es plausible, y tal vez más probable, que Hans nunca sufrió un “trastorno,” sino sólo un simple temor infantil que desapareció al madurar el niño. Esta conclusión recibe apoyo de la observación de que Hans no presentaba ninguno de los padecimientos comórbidos con los trastornos fóbicos.

¿Freud se habrá confundido el padecimiento de Hans con otro trastorno mental (G)? Su miedo no era a estar lejos de casa en general, como se espera en la **agorafobia**; tampoco sus rachas de ansiedad (no estamos seguros si alguna vez tuvo verdaderos ataques de pánico) no eran imprevistos, como ocurre en el **trastorno de pánico**. No se sabe nada de otros miedos (ladrones, secuestradores, accidentes de tren) a que su familia sufriera daño, como sucedería en el trastorno de ansiedad por separación.

Klein ha señalado que el diagnóstico de fobia específica es de los menos confiables en niños, en parte debido a que el límite entre fobia y miedo ordinario es impreciso. Con el beneficio de los criterios del DSM-5, en el momento de la primera evaluación Freud habría podido sentir la necesidad de más datos o tiempo antes de formular un diagnóstico definitivo. En su lugar, si hubiera dispuesto de su DSM, habría diagnosticado algo como lo siguiente:

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado
CGAS 60 (después de la primera evaluación)

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA FOBIA ESPECÍFICA

Una situación u objeto específicos habitualmente provocan tal terror o ansiedad inmediatos, excesivos (e irrazonables) que el paciente evita o tolera con mucha ansiedad.

Las letras pequeñas

Los niños pueden manifestar su miedo aferrándose a alguien o llorando, enfureciéndose o retrocediendo, paralizándose o quedándose sin habla.

Las D: • Duración (6+ meses) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, anorexia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático).

Notas de codificación

Especifica todos los tipos que se apliquen con los códigos individuales del CIE-10:

F40.218 Animal (arañas, serpientes)

F49.228 Entorno natural (tormentas, alturas)
Sangre-inyección herida (jeringas, operaciones)
F40.230 Miedo a la sangre F40.231 Miedo a las inyecciones y transfusiones
F40.232 Miedo a otra atención médica F40.233 Miedo a una lesión
F40.248 Situacional (viaje en avión, estar encerrado)
F40.298 Otra (por ejemplo, situaciones en que una persona podría asfixiarse o vomitar; en el caso de niños, ruidos fuertes o personas vistiendo disfraces)

F40.10 Trastorno de ansiedad social

Los jóvenes que tienen el TASO temen que otras personas los examinen al grado de tener dificultades al recitar en clase, preguntar por una fecha, ir a una fiesta, actuar frente al público o, incluso, hacer preguntas al maestro. Por lo general, el trastorno empieza antes de la adolescencia y tiende a volverse crónico. Estos niños crecen a menudo sin amigos, desarrollan trastornos depresivos y relacionados al uso de sustancias; de adultos, muchos no se casan. Es importante observar que este diagnóstico no se puede establecer a menos que el niño haya alcanzado el desarrollo suficiente para tener relaciones sociales, y que los síntomas en niños deben presentarse con sus pares, no sólo con adultos.

Los niños con TASO carecen de confianza en sí mismos y son tímidos de manera excesiva e inadecuada para su edad, quizá hasta el punto de que su rendimiento escolar es pobre o evitan jugar con otros niños. Un modo en que el DSM-5 trata de delimitar la angustia de importancia clínica en las distintas etapas de desarrollo es mediante una duración de, al menos, 6 meses, lo cual ayuda a descartar temores sociales transitorios, que son tan comunes en muchos niños. Hasta 8% de los adolescentes (un poco menos en el caso de niños pequeños) tiene TASO, lo que lo ubica entre los trastornos mentales más comunes que afectan a los jóvenes.

Es de importancia observar la diferencia entre el TASO y la agorafobia: en ambos padecimientos, los pacientes evitan ciertas situaciones sociales. Sin embargo, en el TASO la meta es evitar encuentros embarazosos, mientras que en la agorafobia se trata de evitar los propios síntomas de ansiedad.

Algunos niños con TASO son descritos como extremadamente tímidos; entre las condiciones comórbidas frecuentes se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica y los trastornos depresivos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Una ansiedad excesiva se liga a circunstancias en que otros podrían observar de cerca al paciente: hablar o actuar en público, comer

o tomar un trago, escribir o quizá sólo hablar con otra persona. Debido a que estas actividades casi siempre provocan un miedo desproporcionado a la vergüenza o el rechazo social, el paciente evita estas situaciones o las soporta con mucha ansiedad.

Las letras pequeñas

En los niños, los síntomas se deben presentar cuando están con sus pares, no sólo con adultos.

Las D: •Duración (6+ meses) •Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, trastorno del espectro autista, anorexia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de la personalidad evitativa, timidez normal, otros trastornos de ansiedad, especialmente agorafobia).

Notas de codificación

Especifica si:

Sólo actuación. El paciente tiene miedo de hablar o actuar en público, pero no otras situaciones.

Rita

Rita, de 12 años de edad, fue enviada a evaluación después de que su maestra de la escuela dominical informó a sus padres: “Rita es una niña adorable que parece tener problemas. Ella iba a representar a un sabio en una representación de Navidad, pero se paralizó por completo cuando le tocaba decir su diálogo”. Aunque la Virgen María le susurró en el escenario sus líneas varias veces, Rita nunca pudo decirlas. La representación, al fin, continuó sin su participación verbal; cuando terminó, ella lloró.

De acuerdo con su madre, Rita había sido una bebé y niña normal y feliz. Pero, aunque tuvo calificaciones “promedio”, nunca había disfrutado la escuela. Cuando los otros niños salían a jugar en el descanso, ella se quedaba en su lugar dibujando o leyendo un libro de historias. En el cuarto grado, decía que odiaba escribir en el pizarrón cuando le daban clase de matemáticas. Al principio, su maestra la hacía pasar al pizarrón de todos modos; con el tiempo, le dio permiso que hiciera la mayor parte de sus trabajos en su lugar.

El verano anterior, Rita había asistido a un campamento por 2 semanas. Hizo nueve silbatos en las tiendas de campaña, pero ningún nuevo amigo. Durante 5 días después de regresar, siguieron llegando a su casa sus solitarias cartas escritas en el campamento.

En casa, Rita jugaba de manera normal con su hermana, quien era casi 2 años menor que ella. Cuando su madre trataba de iniciarla en los *brownies*, pasó casi todo el tiempo de las clases apartada “luciendo por completo miserable,” aunque el instructor en repetidas ocasiones trató de hacerla participar cantando y planeando un viaje de campo. Justo después de Navidad, su madre se rindió y dejó de llevarla.

En pocas sesiones terapéuticas, Rita formó una relación cercana, cálida con el clínico, a quien le confió el deseo de ser más parecida a los otros niños. Pero su autoconsciencia

seguía cruzándose en su camino. “No soporto que los demás me estén viendo,” dijo al clínico. “Me hace sentir que me quemo por dentro”.

Evaluación de Rita

Además de los 10 criterios que enumera el DSM-5 para el TASO, en el caso de los niños hay dos notas especiales.

Al menos durante medio año (criterio F), Rita temió no sólo a las situaciones sociales como aparecer en una representación o jugar con otros niños en un campamento o en clases de brownies (A), también le aterraba la vergüenza que podrían suponer dichas situaciones (B). La situación debe provocar ansiedad casi siempre (C), lo cual parece probable en Rita tomando en cuenta su historia, aunque se necesitaría un diario para demostrarlo. Respondía principalmente, siempre que era posible, retrayéndose y evitando estas situaciones (D), conducta que estaba fuera de proporción frente a cualquier amenaza real (E). Su angustia y su funcionamiento social deteriorado eran evidentes en su conducta en el salón de clase y en el campamento (G).

Es necesario observar que la historia de Rita muestra dos características que distinguen a niños de adultos. La respuesta de un niño puede ser aferrarse a uno de los padres, llorar, paralizarse, retraerse o hacer berrinches (la nota del criterio C); y la nota al criterio A especifica que la ansiedad debe presentarse no sólo cuando el niño está en compañía de adultos, sino también de pares (Rita evitó las actividades en el campamento y en los juegos en la hora de descanso en la escuela).

Antes de hacer un diagnóstico definitivo, el clínico tendría que decidir que los síntomas no se pueden explicar mejor con **otra afección médica** o un **trastorno relacionado al uso de sustancias** o de **otro tipo** (H). Debido a que sus síntomas perduraron a pesar de la familiaridad (con el salón de clase, por ejemplo), no se podría explicar su problema aludiendo a una **variante temperamental**, como es el caso de un niño tímido que entra en confianza con lentitud. El diagnóstico diferencial también incluye con frecuencia el **trastorno de ansiedad generalizada**, que suele acompañar al TASO, y un **trastorno de ansiedad por separación**. Rita sentía ansiedad, pero su angustia nunca se expresaba como ataques de pánico reales, por lo cual se descarta el **trastorno de pánico**. Su deseo de tener relaciones sociales la diferenciaba de los niños con **trastorno del espectro autista** (I).

El diagnóstico completo de Rita se presenta abajo. En adultos, **el trastorno de personalidad evitativa** se ha asociado con el TASO, y los dos padecimientos se traslapan un poco. Mientras no se justifique un trastorno de la personalidad, el clínico debe reevaluar las características de personalidad de Rita cuando sea mayor.

F40.10 Trastorno de ansiedad social
CGAS 55 (actual)

ATAQUES DE PÁNICO, TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA

Hace apenas un par de generaciones, en la literatura de la salud mental, se ignoraba en cierta medida la capacidad de niños y adolescentes para desarrollar ataques de pánico repetidos. Ahora, por lo general, se acepta que estos síntomas pueden aparecer antes de la pubertad, incluso (aunque rara vez) en niños menores de 5 años de edad, y la prevalencia aumenta con la edad hasta la adolescencia. En algún momento de sus vidas, cerca de 2% de los adolescentes tienen síntomas suficientes para cumplir con los criterios del trastorno de pánico; muchos más han tenido al menos un ataque de pánico aislado. La proporción de niñas y niños varones es casi igual, aunque los ataques suelen ser más intensos en niñas. Las mujeres predominan entre los adolescentes y adultos.

En niños y adultos por igual, la agorafobia se puede desarrollar en estrecha asociación con el trastorno de pánico. Por la razón que sea (están implicados factores hereditarios y ambientales), el paciente empieza a desarrollar síntomas de pánico que perduran entre los ataques. Esta ansiedad puede, en última instancia, generalizarse a conductas evitativas que incluyen la agorafobia: el miedo a estar lejos de casa, sobre todo donde escapar sería difícil o no se encontraría ayuda disponible si fuera necesaria. En la época clásica, esto era en el ágora, el mercado griego, pero puede ocurrir en teatros, tiendas de autoservicio o muchos otros lugares lejos de casa. Aunque estos dos padecimientos no siempre están vinculados, este orden de inicio ocurre a menudo. La prevalencia de la agorafobia en adolescentes es de 2% aproximadamente.

Otra evidencia del continuo que existe entre los trastornos de ansiedad juveniles y adultos es el hecho de que muchos adultos con ataques de pánico tuvieron sus primeros síntomas antes de los 15 o 16 años de edad, algunos a los 10. Aunque el número exacto de síntomas difiere, es claro que los síndromes generales de ataque de pánico y agorafobia son iguales en niños, adolescentes y adultos (aunque los adolescentes se preocupan menos en relación con tener futuros episodios).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL ATAQUE DE PÁNICO Y DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Un ataque de pánico es un miedo (a veces un terror intenso) que empieza repentinamente y está acompañado de diversos síntomas clásicos de “ataque o huida” y de alguno otro: dolor del pecho, escalofríos, sensaciones de calor, asfixia, respiración difícil, palpitaciones rápidas o irregulares, entumecimiento u hormigueo, sudoración, náuseas, mareos y temblores. Como resultado, estas personas pueden sentirse irreales, como si estuvieran perdiendo el control o muriendo.

En el trastorno de pánico, el paciente tiene miedo de futuros ataques de pánico imprevistos, o trata de evitarlos tomando acciones (ineficaces) como abandonar un programa de ejercicio o evitar lugares donde se han presentado los ataques.

Las letras pequeñas (del trastorno de pánico)

Las D: • Duración (1+ meses) • Angustia o discapacidad (deterioro social, educativa, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos; otros trastornos de ansiedad; trastornos del estado de ánimo y psicóticos; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de estrés postraumático; peligro real).

Nota especial: El ataque de pánico (véase el primer párrafo de Características esenciales) no es un trastorno codificable y puede ocurrir en padecimientos distintos al trastorno de pánico (que se codifica F41.0). Así, el ataque de pánico se usa como especificador de un trastorno de estrés postraumático, otros trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales, como los de la alimentación, los estados de ánimo, psicóticos, de personalidad y relacionados con sustancias. Incluso se encuentra en padecimientos médicos que afectan al corazón, los pulmones y el tracto gastrointestinal.

Hank

Hank sabía exactamente cuándo empezaron sus problemas. El año anterior, en su clase de primero de secundaria de introducción al álgebra. Respondió muy bien las primeras dos preguntas y estaba organizando un breve ensayo acerca de la factorización cuando sus hojas empezaron a flotar frente a sus ojos.

“Como si reluciera, ¿entiendes? Como ondas de calor emanando del pavimento caliente.”

“Además de flotar, ¿viste algo más?” preguntó el entrevistador.

Hank sacudió la cabeza. “No. En unos minutos se fue, y terminé el examen, unos días después, yo estaba escribiendo un ensayo en la clase de inglés. Mi mano se sacudió tanto y sentí mis dedos tan débiles que no podía sostener el lápiz. La maestra me envió a la enfermería. Pensé que me iba a desmayar en el camino”.

“¿Sentiste algo más en ese episodio?”

“Sentía que mi corazón palpitaba, muy fuerte. Eso me asustó; pensé que me estaba dando un ataque cardiaco. La enfermera dijo que estaba hipoventilando y me hizo respirar en una bolsa de papel.”

“**Hiperventilando,**” dijo el entrevistador. “¿Te ayudó respirar en la bolsa?”

“Sí, hiperventilando. Me sentí mejor después de un ratito.”

Hank estaba sentado un poco desplomado en la silla; su frente apoyada ligeramente en los dedos. Empezó a tener ataques fuera de clase también, dijo. Casi siempre eran iguales: opresión en el pecho, sensación de asfixia, palpitaciones y miedo a estar terriblemente enfermo. Aunque sus exámenes siempre parecían ser la causa de los ataques, cada vez más se presentaban en cualquier momento, aun cuando no estuviera en la escuela. “Sucederá en segundos, así de la nada”.

De los padres de Hank, el entrevistador ya había obtenido bastante información. Debido a que era brillante y se expresa bien, al principio sus calificaciones no se vieron muy afectadas. Sus padres eran profesionistas que no profundizaban mucho en los sentimientos de su hijo, o tal vez él había decidido no revelarlos. En cualquier caso, hasta que empezó a faltar a la escuela, ellos no notaban nada malo. “Primero, no quería tomar el autobús escolar,” dijo su padre, “decía que siempre lo sobresaltaba. Luego dejó de salir de casa. Dijo que estudiaría en casa. Y así ha sido desde entonces.”

El embarazo de Hank llegó a término, el parto fue normal; fue el segundo de dos niños planeados y amados. Ninguno tuvo dificultades emocionales previas, aunque Hank “estuvo un poco nervioso” en la mayor parte del invierno y primavera cuando tenía 5 años de edad. Se aferró a su mamá los primeros días en que trató de dejarlo en el jardín de niños, pero se distraía con los materiales lúdicos del salón de clase. Ninguno de sus padres había notado algún problema reciente con la alimentación o el sueño. No tenía amigos desagradables, y hasta donde ellos tenían conocimiento, nunca había consumido drogas o alcohol.

Hank había estado callado algún tiempo. “¿Así que te empezaste a quedar en casa?” preguntó el entrevistador. Sí. Seguía pensando que tendría otro ataque en la escuela. Muy pronto, no podía soportar estar solo en ningún lado, usted sabe, sin mamá y papá.

Hank estaba complacido de hablar, incluso se divertía mientras describía algunos de sus problemas. Hacía contacto visual con el examinador, sonreía apropiadamente y hablaba con claridad formulando oraciones bien construidas. Nunca había tenido delirios ni alucinaciones, y dijo que nunca había consumido drogas. Admitió de buena gana que tenía un problema y dijo que deseaba poder regresar a la escuela “Puedo aprender álgebra en casa. Pero, demonios, me estoy perdiendo la educación sexual”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA AGORAFOBIA

Estos pacientes, casi sin excepción, experimentan ansiedad excesiva o terror cuando tienen que estar solos o lejos de casa. Potencialmente, hay muchas posibilidades. En algunos casos los estímulos desencadenantes pueden ser tan triviales como caminar por un espacio abierto (un mercado, un patio), ser parte de una multitud o formarse en una fila. Cuando indagas un poco, estas personas tienen miedo de que sea imposible escapar o conseguir ayuda. Así que evitan estas situaciones o las confrontas sólo con un amigo confiable, o si no les queda más remedio, las soportan con mucho sufrimiento.

Las letras finas

Las D: • Duración (6+ meses) • Malestar o discapacidad (deterioro social escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación).

Evaluación de Hank

Alerta: Los síntomas de Hank requieren el diagnóstico de dos trastornos de ansiedad, los cuales se presentan uno a la vez.

Primero, ¿qué tanto sus episodios de ansiedad se ajustan a los criterios del trastorno de pánico? Sus episodios fueron recurrentes e inesperados, repentinos, duraron unos minutos y luego desaparecieron. Algunos de los ataques de pánico de Hank fueron desencadenados (previstos) por una situación de prueba o por ir a una tienda, pero otros no estuvieron antecedidos por un desencadenante observable (criterio A). Los síntomas que experimentó fueron temblores (A3), palpitaciones (A1), dificultades para respirar (A4), “opresión en el pecho” (A6) y sensación de desmayo (A8). El diagnóstico requiere sólo cuatro de estos síntomas.

Por más de un mes (B), a Hank le preocupaba tener más ataques (B1) y se quedaba en casa en lugar de ir a la escuela tratando de evitarlos (B2). Se consideró exacto el informe de sus padres respecto de que no ha sido diagnosticado con ninguna otra **afección médica** (como hipertiroidismo) que pudiera causar los ataques de pánico (C). Aunque parecía evidente que Hank no consumía alcohol ni drogas, el clínico, con mucha prudencia, verificó esto preguntando directamente a Hank y a sus padres por separado (también C). Desde luego, los cuidadores deben estar alerta ante la posibilidad de que alguna amenaza o peligro reales estén causando los síntomas de pánico en el paciente.

Ningún otro trastorno de ansiedad o mental parecía explicar los síntomas mejor (D). Sus ataques de pánico se limitaban a situaciones sociales (como hablar en público o, en pacientes mayores, invitar a salir a alguien), como en el **trastorno de ansiedad social**, o se limitaba a situaciones como estar frente a una araña, como en la **fobia específica**. Aunque hubo indicios de ansiedad por separación cuando era pequeño, la duración fue breve. Los miedos de Hank también se distinguen de los del **trastorno de ansiedad por separación** en el hecho que el objetivo central de su ansiedad era tener otro ataque de pánico, no la separación física respecto de sus padres.

Después de que el trastorno de pánico quedó bien establecido, desarrolló el miedo a estar solo lejos de casa (criterio A5 de agorafobia). Por eso es ahí donde siempre estaba a menos que uno de sus padres lo acompañara. También había dejado de tomar el autobús escolar (A1); se requiere que la ansiedad se presente en dos tipos de situaciones para diagnosticar agorafobia. Temía tener otro ataque en la escuela (B); ir en el autobús escolar siempre lo sobresaltaba (C). Evitaba la escuela y el autobús (D), a pesar de que no había ningún peligro real (E). De lo que Hank manifestó, se infiere que los síntomas eran persistentes (F) y sin duda eso le impedía ir a la escuela (G). Estos síntomas no se explicaban mejor con otro diagnóstico de ansiedad, excepto por el trastorno de pánico (I), que, como se verá, no se menciona entre los trastornos que se deben descartar. Y así, por fin, se puede decir que cumple con los criterios de agorafobia.

Muchos pacientes, incluso los niños, tienen más de un trastorno de ansiedad. El **trastorno de ansiedad generalizada** con frecuencia es comórbido, pero las

preocupaciones de Hank eran limitadas más que relacionadas con diversos problemas. Además de uno o más trastornos de ansiedad, el clínico debería buscar con atención evidencias de un trastorno del estado de ánimo, sobre todo del trastorno de depresión mayor y del trastorno bipolar, que suelen estar presentes en pacientes que tienen ataques de pánico; el trastorno de ansiedad suele aparecer primero. Con base en la información actual, Hank parecía llevar sus dificultades sin este tipo de complicación: su afecto, por lo general, era bueno, incluso con sentido del humor, y no había evidencias de problemas de apetito o sueño. Sería necesario hacer una evaluación posterior para descartar el trastorno de la personalidad evitativa, que a veces es comórbido de la agorafobia. Investiga siempre sobre un posible trauma, porque el trastorno de estrés postraumático puede incluir ataques de pánico.

Los criterios de la agorafobia explícitamente nos indican hacer dos diagnósticos cuando sea adecuado, y eso es lo que se hará en el caso de Hank:

F41.0 Trastorno de pánico

F40.00 Agorafobia

CGAS 60 (actual)

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Los niños que tienen trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se preocupan por numerosas situaciones o eventos. Esta preocupación es algo que no pueden controlar, preocupación desproporcionada en relación con la gravedad objetiva de la situación. Pueden sentir ansiedad cuando anticipan situaciones en las que su conducta o desempeño será evaluado por otros. Como se aplica a otros niños y adolescentes, el DSM-III-R llamó esta conducta trastorno sobreansioso de la infancia (TSI). Sin embargo, los investigadores se dieron cuenta de que el TSI es similar al TAG adulto, y probablemente parte del mismo continuo; por lo tanto, los dos diagnósticos se combinaron. Incluso en este texto, mucha de la información sobre el TAG infantil proviene de estudios sobre el TSI. Por lo común, los niños se preocupan por “niñerías” –calificaciones, pruebas, ser víctimas de acoso escolar, capacidades deportivas– pero también pueden experimentar preocupaciones más adultas, como los desastres naturales o la salud física de su familia. Algunos estudios han encontrado que los niños que no son enviados a evaluación también se preocupan por muchos asuntos, pero no con tal intensidad como los que se diagnostican con TAG.

Una minoría de niños, en un momento u otro, tiene síntomas suficientes para cumplir con los criterios del viejo DSM-III-R del TAG (o TSI). Pero en el DSM-5, los síntomas deben ser suficientemente importantes en términos clínicos para causar malestar o deterioro en el funcionamiento; luego la prevalencia de toda la vida del TAG en la población adolescente general cae a 2%. Estas cifras aún son considerables, y el TAG explica cerca de una tercera parte de los pacientes que asisten a una clínica de trastornos

de ansiedad. Al igual que con otros trastornos de ansiedad, las niñas sufren este padecimiento con mayor frecuencia. En este texto, el pronóstico no es claro; un informe de 2009 señala que no se ha demostrado un resultado específico, e incluso cita evidencias de que el TAG en niños y adultos debe representar, en realidad, padecimientos distintos. La investigación sobre el TAG en niños ha estado tan mezclada con informes viejos del TSI que lo único que se puede hacer es esperar otros estudios para aclarar los resultados.

Gerald

Los padres de Gerald dijeron que él siempre había sido “preocupón,” y todo parecía confirmar su opinión. El año pasado, le dijo al entrevistador que se había preocupado porque era demasiado bajo de estatura para jugar básquetbol; había crecido muy poco en el quinto grado, pero se preocupaba porque aún no podía tirar bien. También le daba miedo no ser popular: lo habían elegido vicepresidente de su clase, pero no presidente. Su papá le dijo que el vicepresidente tenía mucha responsabilidad, pero Gerald no sacaba nada de eso. “Sólo trata de tranquilizarme,” dijo Gerald. “Además, creo que él y mi mamá se van a divorciar. Se pelean muchísimo.” En fechas recientes, él decidió no formar parte de los Boy Scouts, porque sabía que nunca aprendería a hacer nudos. “Cuando no está preocupado,” dijo su papá, “está dormido”.

Gerald era el segundo de tres hermanos. Los otros dos siempre habían sido muy normales, un poco bruscos en sus juegos, de acuerdo con sus padres; los dos eran empleados en el centro médico de un departamento de asuntos relacionados con veteranos. La salud física de Gerald era excelente, pero era el niño “más precavido en seis condados,” dijo el papá. Cuando los tres niños recibieron patinetas como regalo de Navidad, Gerald guardó la suya en el armario después de intentar usarla un par de veces. Nunca la tocó otra vez.

Aunque Gerald siempre había sido un buen estudiante, su maestra de quinto año había comentado últimamente que su mente parecía estar en otro lado. “Parece que algo lo molesta,” comentó en la reunión padres-maestros de otoño. “Algunos días está de mal humor con todo mundo; otros días se levanta de su lugar y anda por todo el salón. Él no era así el año pasado.”

Gerald dijo que no estaba deprimido ni consumía drogas. “Pero,” dijo, “sé que me preocupo demasiado; todo mundo lo dice. No puedo evitarlo. He tratado de cerrar la puerta a estos problemas en mi mente, pero se siguen abriendo”. Aunque dijo no tener los síntomas somáticos típicos del ataque de pánico, admitió sentirse “enchufado” cada vez que pensaba en sus problemas. Luego, andar de aquí para allá, a veces, lo hacía sentir mejor.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Difícil de controlar, una preocupación excesiva sobre distintos temas –salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo– resulta en dolencias físicas y mentales: tensión muscular, intranquilidad, cansarse e irritarse con facilidad, dificultades de concentración e insomnio.

Las letras pequeñas

Sólo se requiere una dolencia física o mental para diagnosticar el TAG en niños.

Las D: • Duración (la mayor parte del día durante 6+ meses) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, preocupaciones realistas).

Evaluación de Gerald

Las preocupaciones de Gerald eran numerosas y siempre estaban presentes (criterio A). Incluían sus capacidades físicas, trabajos escolares, popularidad e incluso la integridad física de su propia familia. Ese es el punto del TAG: el paciente encuentra muchas cosas por qué preocuparse. Aun cuando Gerald luchaba por controlar (B), le provocaba una angustia considerable (D), y la viñeta implica que su trabajo escolar estaba a punto de verse afectado. Los síntomas de ansiedad de Gerald incluían falta de atención (C3), intranquilidad (C1) e irritabilidad (C4). El DSM-5 requiere sólo uno de estos síntomas en niños y adolescentes, y tres o más en adultos. Ninguna droga ni enfermedad médica podía explicar los síntomas de Gerald (E).

Los criterios del TAG incluyen la lista usual de los trastornos de ansiedad que deben descartarse como aspecto central de la ansiedad: **trastorno de pánico** (Gerald no había tenido ataques de pánico), **trastorno de ansiedad social** (sus miedos eran múltiples y variados), **trastorno obsesivo-compulsivo** (sus preocupaciones sólo se relacionaban con problemas cotidianos, no la contaminación, y no se sabe que fueran intrusivos), **trastorno de ansiedad por separación** (su ansiedad no se limitaba a cuestiones relacionadas con la separación respecto de sus padres) y el **trastorno de estrés postraumático** (no se sabe de ninguna experiencia traumática). Otros trastornos que se deben descartar son **anorexia nerviosa** (ansiedad relacionada con estar gordo), ansiedad como síntoma del TDAH y el **trastorno de síntomas somáticos** (ansiedad por malestares físicos). Desde luego, algunos de estos mismos trastornos pueden ser comórbidos con el TAG. En resumen, la viñeta no aporta evidencias de que otro diagnóstico explique mejor que el TAG los síntomas de Gerald (F). Su diagnóstico sería el siguiente:

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PÁNICO, AGORAFOBIA, OTRAS FOBIAS Y ANSIEDAD GENERALIZADA

Sugerencias generales

Los niños pequeños no entienden el término **ansiedad**, así que tienes que preguntar “¿Hay algo que te preocupe o te asuste?” Las respuestas son muy diferentes, desde la oscuridad y los gérmenes hasta las serpientes, los extraños o las visitas al dentista. Dependiendo de la historia que cuenten los padres, puede ser necesario pasar por una lista de otras posibilidades: animales, piquetes de abeja, perderse, ser objeto de burlas, ladrones, la muerte, sensación de asfixia, cometer errores o bajas calificaciones. No todos estos constituyen fobias; algunos pacientes pequeños se preocupan por su rendimiento escolar o deportivo, el futuro y diversas dolencias físicas, reales o imaginarios. ¿Qué teme el paciente como resultados funestos para sí mismo, miembros de su familia, amigos cercanos o mascotas? Asegúrate de preguntar si el niño le tiene miedo al agua (en un estudio, 98% de los niños con fobias mencionaron el agua).

Los rasgos conductuales que sugieren que un trastorno de ansiedad implica evitación, aferrarse a los padres, llorar y rechazo a la escuela. Algunos niños se inquietan o tienen dificultades de concentración. Incluso una larga latencia antes de hablar puede indicar que el niño extremadamente precavido puede desarrollar en última instancia un trastorno de ansiedad. Los niños tienden a expresar su ansiedad a través de síntomas físicos, de los que el más común son los dolores de estómago o el dolor abdominal recurrente, fatiga, sueño interrumpido, dolores de cabeza y dolores difusos de las extremidades/musculares (“dolores del crecimiento”).

Es probable que los niños y adolescentes con trastorno de pánico no mencionen espontáneamente sus síntomas de pánico; se debe preguntar. Es más fácil que hablen de temblores, palpitaciones, mareos o sensación de desmayo, sensación de asfixia, sudoración y miedo a perder el control o morir.

Factores de desarrollo

Los niños pequeños a menudo responden con timidez en las situaciones nuevas. De hecho, la precaución es normal en niños de cualquier edad y tiene un valor para la autoprotección. Los más pequeños que tienen fobias muestran aun mayor renuencia que otros niños para interactuar en situaciones nuevas, pegados a la pared en una fiesta de cumpleaños o pidiendo que uno de sus padres esté con ellos todo el tiempo. Como los criterios de diversos trastornos especifican, el miedo o la ansiedad de niños pequeños puede expresarse llorando, aferrándose a sus padres o con explosiones de mal humor en vez de las clásicas respuestas de ansiedad. Y ellos a veces no entienden el significado de **evitar**, bueno, de ninguna palabra; entonces, el terapeuta depende de la información que proporcionen los padres.

La edad del paciente determina hasta cierto punto el contenido de una fobia: los niños pequeños tienen miedo a la oscuridad o los animales, mientras que los niños mayores o adolescentes pueden tener miedo a un desastre nuclear o a desastres sociales. Los ataques de pánico son poco usuales antes de la pubertad, pero se encuentran con mayor frecuencia después de la adolescencia. Los adolescentes, por lo general, presentan agorafobia o temores relacionados con la actividad sexual o el fracaso escolar. Aunque los adultos suelen darse cuenta de la irracionalidad de su miedo, los niños pequeños a menudo no reconocen que sus miedos son irracionales.

Un niño de 8 años de edad debería ser capaz de responder preguntas acerca de síntomas de ansiedad. Los niños mayores o los adolescentes a veces tienen diarios para registrar la naturaleza, la temporalidad, el inicio y la duración de su ansiedad. También expresan las consecuencias imaginadas si son expuestos al objeto de su miedo. Por ejemplo, “¿Qué piensas que ocurrirá si el perro entra en tu cuarto?” Quienes desarrollan fobias en la adolescencia pueden experimentar una disminución en su funcionamiento, al igual que sucede con los adultos. Sin embargo, tal vez se deba comparar el progreso real del niño en la escuela con lo que se espera de él con base en pruebas o las estimaciones del maestro.

Otros trastornos de ansiedad

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Muchos padecimientos médicos pueden ocasionar síntomas de ansiedad. Por lo general, estos son similares a los del trastorno de pánico o de ansiedad generalizada. Casi nunca, los síntomas de ansiedad de un joven paciente son causados por un trastorno médico, pero es importante identificar los que sí lo son.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Muchas sustancias pueden producir síntomas de ansiedad. Estos pueden ocurrir durante la intoxicación (o demasiado consumo en el caso de la cafeína) o la abstinencia, y toman la forma de pánico, ansiedad generalizada o fobias. Como siempre ocurre con los pacientes jóvenes, es importante considerar la posibilidad del consumo de sustancias cuando los síntomas se desarrollan de manera repentina y cuando no hay antecedentes previos de dichos síntomas. Consulta los síntomas en las Características esenciales de la intoxicación por sustancias y la abstinencia ([>>>](#) y [>>>](#)) y las Características esenciales de cuatro trastornos inducidos por sustancias/medicamentos ([>>>](#)). La tabla 24-1 ayuda con las categorías y los códigos numéricos.

F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificado

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Muchos pacientes adultos que se sienten angustiados tienen síntomas de ansiedad, pero no cumplen con los criterios de los diagnósticos del DSM-5. Aunque aún faltan datos, no hay razones para creer que este hallazgo será diferente en niños y adolescentes. También se puede usar la categoría de otro trastorno especificado o no especificado en el caso de pacientes cuyos síntomas son muy pocos, confusos o mal descritos para hacer un diagnóstico más preciso. (Se debe usar el diagnóstico de otro trastorno especificado cuando se desee indicar la razón particular por la que los criterios de otro trastorno de ansiedad no se cumplen.) Antes de determinar la pertenencia del niño o adolescente a una de estas categorías hay que asegurarse de considerar el trastorno de adaptación con ansiedad con ansiedad y estado de ánimo deprimido combinados.



Capítulo 15

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

GUÍA RÁPIDA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Trastorno obsesivo-compulsivo. Estos pacientes son acosados por pensamientos repetidos o conductas que no tienen sentido, ni siquiera para ellos

Trastorno dismórfico corporal. Pacientes físicamente normales creen de manera persistente que partes de su cuerpo están deformes o son feos.

Tricotilomanía. Arrancarse pelo de distintas partes del cuerpo a menudo está acompañado de sentimientos de “tensión y alivio”.

Trastorno de excoriación. Los pacientes se rascan de manera persistente la piel, y la traumatizan.

Trastorno de acumulación. El individuo acumula tantos objetos (a veces, sin valor) que interfieren con su vida y sus labores. Aunque el paciente empieza a acumular cuando es joven, esto no suele llamar la atención clínico, sino mucho tiempo después.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica. En ocasiones, las obsesiones y compulsiones pueden ser causadas por otra enfermedad física.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos. En pocas ocasiones, el consumo de sustancias puede provocar síntomas obsesivo-compulsivos que no cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos antes mencionados.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, especificados o no especificados. Se usa una de estas categorías en el caso de trastornos con síntomas obsesivos o compulsivos notables que no se ajustan bien a ninguno de los grupos antes mencionados.

En este capítulo se abordarán los trastornos que implican pensamientos y conductas que, con frecuencia, son intrusivos y repetitivos, y consumen gran parte del tiempo del individuo. El capítulo del DSM-5 dedicado a estos trastornos es nuevo. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el más conocido, pero hay otros: rascarse la piel, acumular cosas, buscarse defectos físicos. Al principio, al menos, algunas de estas conductas conllevan cierto placer, como el alivio de tensión que un adolescente experimenta cuando se arranca un cabello, o la diversión que algunas personas encuentran al coleccionar cosas antes de que eso se transforme en una carga de acumulación.

Las características que unen este grupo de padecimientos incluyen el inicio en edades tempranas, comorbilidad similar, antecedentes familiares de TOC, respuesta a los mismos tipos de tratamiento y, quizá, disfunción en los circuitos cerebrales frontoestriatales (hiperactividad caudada).

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Por generaciones, los clínicos de la salud mental han estudiado el TOC y se ha encontrado que es relativamente común en jóvenes, pues afecta hasta 2% de todos los niños y adolescentes. Este trastorno se presenta antes en niños varones, quienes superan a las niñas en una proporción de 2:1; en la pubertad, la proporción se acerca a la paridad. La media de las edades de inicio es de 10 años, menor en niños varones que en niñas. Aunque el panorama es mejor cuando el inicio ocurre en la etapa adulta, en cerca de 40% de los niños, este trastorno se mantiene en los años de adultez. La mitad de los adultos con TOC presentaron los síntomas por primera vez en la infancia.

Hasta hace poco, no se caía en cuenta de la frecuencia con que este debilitante padecimiento empieza en la infancia. Parte de la explicación es que los niños mantienen en secreto su pensamiento obsesivo y su conducta compulsiva. Pueden controlar los rituales repetitivos relativamente bien en contextos públicos (como la escuela), y sólo bajan la guardia en casa. Incluso los padres, a veces, se sorprenden al enterarse el grado de la discapacidad de sus hijos. Entre el desconocimiento de los padres y la renuencia de los niños para pedir ayuda, muchos pequeños con TOC permanecen sin diagnóstico ni tratamiento por meses o años.

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes experimentan más compulsiones que obsesiones. Los niños pequeños, a menudo, no tienen un pensamiento obsesivo que acompañe sus compulsiones, sólo es “una necesidad de hacerlo”. El contenido de las

obsesiones infantiles casi siempre se refiere a la suciedad o la contaminación, el sexo (incluyendo la posibilidad de ser homosexuales) y cuestiones morales o religiosas. Por supuesto, esto lleva a las compulsiones de limpiar, verificar (para asegurarse de que la conducta de verdad se ha llevado a cabo) y repetir. Los adolescentes son especialmente propensos a tener obsesiones religiosas o sexuales; la preocupación por la limpieza es poco común. Sin embargo, el contenido de estos pensamientos y conductas tiende a cambiar con el tiempo, de modo que los síntomas de hoy pueden ser olvidados mañana, y remplazados por otras ideas obsesivas y conductas compulsivas. Con frecuencia, la depresión mayor es comórbida, al igual que los trastornos de ansiedad y de tics; la presencia de un padecimiento comórbido se asocia con un peor pronóstico.

Como la mayoría de los padecimientos mentales, el TOC parece derivar de diversas causas. La principal de ellas es la herencia, con una frecuencia de alrededor de 50%. Sin embargo, muchos pacientes no tienen ningún antecedente familiar conocido. Algunos casos parecen implicar una respuesta inmune a una enfermedad infecciosa (síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo, asociado con infecciones por estreptococos), que también se ha relacionado con los trastornos de tics.

Aunque el TOC a veces es episódico, es más común que siga un curso crónico. Estudios de seguimiento con distintos periodos de extensión han encontrado que, aunque la mayoría de los pacientes siguen teniendo síntomas, el trastorno remite en 40% o más cuando los individuos llegan a la etapa adulta. El inicio temprano, síntomas graves, duración prolongada, comorbilidad y tener un familiar con parentesco de primer grado con TOC predicen la persistencia de los síntomas en la adultez.

Corey

Cuando tenía 15 años, Corey intentó comprar una pistola. Era alto y ya llevaba un par de años rasurándose, y habría logrado la compra si no hubiera escrito su número telefónico real en el formato para el periodo de cinco días de espera. El encargado tuvo la impresión de que se veía triste, y llamó a la madre de Corey después de que éste salió de la tienda.

“Así es como llegué aquí en vez de la morgue,” relató Corey al clínico el día posterior a su ingreso e internamiento en una unidad de salud mental. “Cualquier cosa parecía mejor que sentirte podrido todo el tiempo.”

Información de varias fuentes apoyó el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo. Varios maestros notaron que la concentración de Corey se había deteriorado desde hacía un mes o más; sus calificaciones disminuyeron de manera drástica. Su madre estaba preocupada porque él no estaba comiendo; su padre había observado que parecía perder el interés en el laboratorio fotográfico que tenían en casa y en el que habían trabajado todo el invierno. El propio Corey decía que llevaba varias semanas sin poder dormir y con fatiga crónica; dijo que se sentía culpable porque abandonó a su padre en cuanto al laboratorio (“Yo sabía que él lo disfrutaba”). El doctor de la familia había dicho que su salud física estaba bien.

Después del diagnóstico de depresión mayor y un tratamiento de 10 días con antidepresivos, Corey mejoró lo suficiente para llevar a cabo una reunión en la que se planearía su alta. “¿Qué hay de las compulsiones?” preguntó la enfermera vespertina, que había doblado turno ese día.

“¿Qué compulsiones?” todo mundo quiso saber.

La enfermera tampoco sabía hasta que un compañero de cuarto habló en una sesión de terapia grupal. Le tomaba 3 h a Corey prepararse para dormir. Todo tenía que hacerse en cierto orden: primero los dientes, 10 cepilladas por diente desde las raíces hasta la corona empezando con los molares izquierdos superiores. Si perdía la cuenta, o si pensaba que la había perdido, empezaba desde el principio. A veces, tardaba 45 minutos cepillándose los dientes.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El paciente tiene obsesiones o compulsiones (o ambas) perturbadoras que ocupan tanto tiempo que interfieren con sus rutinas habituales.

Las letras pequeñas

Las obsesiones son ideas recurrentes, no deseadas, que se entrometen en la consciencia; el paciente, por lo general, trata de suprimirlas, ignorarlas o neutralizarlas.

Las compulsiones son conductas físicas repetidas (a veces, mentales) que siguen reglas (o son una respuesta a las obsesiones) en un intento por aliviar la tensión; el paciente trata de resistirse a ellas. Las conductas son irracionales, lo cual significa que no tienen ninguna posibilidad real de evitar la tensión obsesiva.

Las D: • Malestar o discapacidad (por lo general, las obsesiones y, o compulsiones ocupan una hora o más al día o provocan deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, supersticiones y rituales “normales” que, en realidad, no provocan tensión o discapacidad; trastornos depresivos o psicóticos; trastornos de ansiedad y del control de impulsos; trastornos de Gilles la Tourette y otros tics; trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva).

Las letras pequeñas

Especifica el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se da cuenta de que estos pensamientos son definitiva, o probablemente, no ciertos.

Con poca introspección. El paciente piensa que las preocupaciones del TOC probablemente son ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirante. El paciente cree con vehemencia que las preocupaciones del TOC son ciertas.

Especifica si:

Está relacionado con tics. El paciente tiene antecedentes en su historia de un trastorno crónico de tics.

“Si no lo hago bien, me siento terrible. Me retuerzo.” Corey admitió que no sabía que

sucedería si no “lo hacía bien,” pero le preocupaba que fuera algo horrible. “Incluso para mí suena tonto. Como, racionalmente, ¿qué podría pasar? Pero ser racional no tiene nada que ver con eso.”

Después de que Corey por fin terminaba de cepillarse los dientes, se duchaba tallándose con el paño 100 veces en cada parte de su cuerpo hasta que se terminaba el agua caliente. Él dividía mentalmente la toalla en cuatro segmentos: el primero era para la cara y el cuello, el segundo para brazos y piernas, el tercero para el tronco y el cuarto para “todo lo que faltaba.” Algunas veces, hacía unos 6 u 8 meses, en que al terminar los rituales empezaron a salirse de su control y se sentía confundido en relación con qué parte de la toalla había usado y comenzaba todo el proceso de la ducha otra vez. Pero los baños de agua fría y las toallas mojadas le habían enseñado a poner más atención a los detalles del proceso de secado. Seguían otros rituales –cuántos pasos dar, qué objetos tocar (o no tocar si se equivocaba), cómo acomodar sus pantuflas, cómo quitarse la bata de baño- cuando se iba a la cama físicamente, trataba de hacerlo.

Aunque los rituales para ir a la cama habían empezado hacía cerca de un año, incluso de más pequeño había tenido diversos miedos y pensamientos obsesivos. “Sobre todo, contaba cosas. Tú sabes, cuántos pasos daba para ir de una cuadra a la siguiente, cuántas veces respiraba, cuantas tejas en el techo, u hoyos en las tejas, en el salón de clase. Hay cerca de 10 000 aquí en mi cuarto.”

Desde que Corey tenía 5 años de edad, su madre notó que él tenía miedo de un posible ataque terrorista. Cuando abría los ojos en la mañana, los rayos de sol que entraban por su ventana a veces eran tan brillantes que él empezaba a contar los segundos mientras esperaba la explosión, que le parecía inminente. La madre añadió que en su familia no había antecedentes de trastornos mentales, excepto por el hermano de su esposo, quien había desarrollado un tic facial en la adolescencia, el cual perduró hasta que se suicidó a la edad de 31 años.

Evaluación de Corey

Los síntomas actuales de TOC de Corey estaban limitados en gran parte a las compulsiones; por sí solas, las compulsiones serían suficientes para este diagnóstico. Corey sentía que tenía que repetir estas conductas (principalmente sus rituales para ir a la cama aunque su conducta previa de contar todavía estaba presente, criterio A). Llevaba a cabo estas conductas siguiendo reglas estrictas (número de talladas, disposición de sus pantuflas, tocar objetos) y sentía que si no seguía las reglas algo terrible sucedería (A2). No importaba que no pudiera definir la consecuencia; esto sólo acentuaba el hecho de que no podía haber una relación realista entre las conductas y las consecuencias que intentaba evitar. Los síntomas eran importantes en tanto que ambos le causaban malestar y consumían gran parte de su tiempo (B). El médico familiar no encontró evidencias de **consumo de sustancias** o de un **padecimiento médico**; sería importante descartar este último, ya que la conducta obsesivo-compulsiva se ha encontrado en la enfermedad de

Lyme y en infecciones por estreptococos (C). Aunque de pequeño no podía darse cuenta de la naturaleza excesiva o irracional de sus síntomas, ahora podía. Por lo tanto, se aplica el especificador con buena introspección.

No hay evidencias de otro trastorno mental, como un **trastorno de ansiedad** o **una afección diferente relacionada con el TOC**, como fuente de sus síntomas (D). Corey no había presentado **ataques de pánico**, y sus miedos eran por vagas consecuencias negativas que podrían ocurrir, no de las que se suelen encontrar en una **fobia específica** o el **trastorno de ansiedad social**. Los pacientes con **trastorno de ansiedad generalizada** también se preocupan mucho, pero por diversas situaciones que parecen realistas (por ejemplo, la historia de Gerald, que aparece más arriba). Los síntomas obsesivo-compulsivos a menudo se encuentran en pacientes con trastornos de tics, incluyendo el **trastorno de Gilles la Tourette**, que se debe consideró (y rechazó de inmediato) en el caso de Corey.

Las depresiones como la de Corey son comunes en el TOC y, con frecuencia, es la razón por la cual son enviados a evaluación. Corey tenía síntomas más que suficientes para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor (véase p. 234): al menos, durante 2 semanas (criterio A del TDM) había tenido un estado de ánimo deprimido (A1), poca concentración (A8), menor apetito (A3), pérdida de interés (A2), insomnio (A4), fatiga (A6) e ideación suicida (A9). Estos síntomas le provocaban un gran malestar e interferían en su desempeño escolar (B); ya se han descartado las sustancias y otras enfermedades como posibles causas (C). Debido a que no era psicótico y no tenía antecedentes de un trastorno del estado de ánimo previo, se diagnosticaría trastorno de depresión mayor, episodio único, grave (véase tabla 13-1).

Debido a que requería atención con mayor urgencia en el caso de Corey, se ordena el trastorno de depresión mayor primero.

F32.2 Trastorno de depresión mayor, episodio único, grave

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo, con buena introspección

CGAS 45 (en el momento del ingreso)

CGAS 70 (al ser dado de alta)

F63.3 TRICOTILOMANÍA

La “pasión por jalarsé el pelo” (que es el significado literal de la palabra *tricotilomanía*) se describió por primera vez hace más de 100 años. Hoy se encuentra en, al menos, 1 de cada 200 personas de la población adulta (la tasa actual podría ser varias veces mayor) aunque, por lo general, empieza antes de la pubertad. La prevalencia en la infancia aún

no se ha definido con precisión. Las niñas y los niños varones padecen este trastorno, pero la proporción en adultos es de, quizá, 10:1. A pesar de la incomodidad, los pacientes rara vez se quejan, o siquiera mencionan sus síntomas, así que relativamente pocos profesionales de la salud mental –menos aún de los que se especializan en niños y adolescentes– han encontrado un caso.

La tricotilomanía (véanse las Características esenciales, p. 286) tiene una definición sencilla. El DSM-5 ya no exige una creciente tensión que encuentra alivio cuando el paciente se arranca un cabello. De hecho, un gran número de pacientes describe la conducta como “automática” en momentos en que están pensando en otras cosas. Sin embargo, algunos individuos aún experimentan el fenómeno de tensión-alivio.

Casi siempre, la cabeza está involucrada aunque el cabello afectado puede crecer en cualquier parte del cuerpo: cara, cejas, pestañas, extremidades y (en adolescentes y adultos) axilas y vello púbico. Masticar o morder el cabello ocurre con frecuencia; cerca de 10% de los pacientes se lo tragan. Sin embargo, es poco común que se desarrolle bezoar (como en la viñeta clínica de Eve). Los cabellos es mucho más común en niños que en adultos, lo cual sugiere que hay una resolución espontánea.

Eve

Cuando Eve tenía 13 años de edad, padeció un dolor abdominal agudo que gradualmente empeoró por más de cuatro semanas. El médico familiar no pudo establecer ningún diagnóstico, pero una tarde el dolor fue tan intenso que sus padres se apresuraron a llevarla a área de urgencias del hospital de su comunidad. Un estudio de rayos X reveló que algo estaba bloqueando su intestino delgado. Fue necesaria una cirugía para remover el objeto: un bezoar, una bola de cabello de casi 5 cm de diámetro.

Ese descubrimiento llevó al médico a observar de cerca el cuerpo cabelludo de Eve. “En varias partes del cuero cabelludo del tamaño de media moneda, vi un patrón de adelgazamiento del cabello, con el característico intercalamiento de cabellos largos y cortos que renacían en un patrón típico del jalarse el cabello crónico,” decía el informe que acompañó a Eve con el consejero en salud mental. “Más adelante, un dermatólogo confirmó esta conclusión”.

Cuando se le preguntaba por ese hábito, Eve admitía de buena gana que se había estado arrancando el cabello, uno o dos a la vez, durante varios meses. Aunque ella no parecía comprender por qué sucedía, reconoció que varias veces al día se “conectaba.” Después de algunos minutos en que aumentaba la tensión, enredaba un sólo cabello en su dedo medio, luego tiraba de él hasta que salía con todo y raíz. Si nadie estaba viendo, hacía bolita el cabello una y otra vez en su boca hasta que estaba tan compacto de podía tragarlo. Cuando lo hacía, la tensión se evaporaba. Aunque jalarse los cabellos no le producía dolor, notaba que le daba comezón en las partes en que estaba naciendo nuevo cabello.

Eve era una chica delgada cuya figura apenas había empezado a desarrollarse. Usaba

un gorro tejido para cubrir su rubia cabellera, y se negaba a quitárselo. Una vez que se lo quitaba, era fácil ver por qué prefería traerlo puesto. Brotaban cabellos delgados, cortos en las partes en que faltaba o escaseaba el cabello.

La entrevista inicial no reveló información que sugiriera otro diagnóstico. Eve que no tenía ningún otro problema mental o físico (entre otras cosas su madre no había proporcionado evidencias de alucinaciones, delirios, depresión, obsesiones o compulsiones). Mientras yacía flácida en su silla, dijo entre refunfuños, “Sólo quisiera poder detener esto. Odio traer este gorro, y todos los niños me dicen ‘Pelona’. Pero si no lo hago, me siento asquerosa”.

Evaluación de Eve

El hecho de que Eve se arranca el cabello habla por sí mismo: era recurrente (criterio A) y causaba malestar (C). Tendremos que inferir sobre su deseo de dejar de realizar esta conducta que ha intentado hacerlo varias veces (B). Eve se ha arrancado el cabello por varios meses aunque no hay un tiempo determinado mínimo en los criterios diagnósticos. A menudo, los niños no hablan del fenómeno tensión-alivio (que el DSM-5 ya no exige tampoco en adultos). Sin embargo, Eve señaló espontáneamente que su sensación displacentera de sentirse “conectada” (o “asquerosa”) disminuía después de terminar el ritual.

En la evaluación de pérdida de cabello en áreas del cuero cabelludo, se deben considerar **otras afecciones médicas** (sobre **todotrastornos dermatológicos**) (D). No hubo evidencias de que Eve tuviera tales problemas, u otro trastorno mental (como una **psicosis, TOC o trastorno facticio**), que pudiera explicar mejor sus síntomas (R). Su diagnóstico completo sería el siguiente:

F63.3 Tricotilomanía

CGAS 70

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE TRICOTILOMANÍA

El paciente se arranca cabellos en repetidas ocasiones, lo cual resulta en áreas sin cabello e intentos de controlar la conducta.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (“recurrente”) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, trastornos del estado de ánimo, trastorno dismórfico corporal, TOC, acicalamiento normal).

F45.22 TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

L98.1 TRASTORNO DE EXCORIACIÓN (RASCARSE LA PIEL)

F42 TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

Algunos estudios sugieren que incluso las personas sin el trastorno dismórfico corporal (TDC) pueden sentirse afectados por mirarse por periodos prolongados en el espejo. Pero cuando la insatisfacción con un aspecto de la apariencia personal se vuelve tan intenso que la persona empieza a realizar conductas repetitivas (véanse las Características esenciales del TDC, p. 288), se justifica el diagnóstico de TDC. El inicio temprano del TDC es más gradual, más grave y conlleva mayor comorbilidad, incluyendo intentos de suicidio.

Las personas con el trastorno de excoriación se rascan o escarba en su piel, a veces al grado de causarse daño físico (hoyos, cicatrices) además del trauma psicológico de vergüenza.

Aunque el trastorno de acumulación tiende a empezar en edades tempranas, hay dos características que protegen a niños y adolescentes del impacto total de problema: 1) Los niños no tienen control total sobre su ambiente (“Limpia tu cuarto, Billy”). 2) Se requieren años para acumular una montaña de cosas, lo cual hace que no sea sino hasta la adultez temprana o después cuando se puede presentar el trastorno en toda su magnitud.

Cada uno de estos padecimientos suele empezar en los primeros años de la adolescencia aunque la atención clínica se busca, por lo general, varios años después. Cada trastorno tiene una prevalencia de alrededor de 2% entre la población general; el TDC y el trastorno de excoriación se distribuyen más o menos de igual modo entre hombres y mujeres, mientras que el trastorno de acumulación es más frecuente en hombres.

Estos tres trastornos tienden a ser hereditarios. En el caso del TDC y del trastorno de excoriación, tener un familiar de primer grado con TOC es un factor de riesgo, y el trastorno de depresión mayor puede ser comórbido. El trastorno de acumulación se ha encontrado en 6% de los niños con discapacidades del aprendizaje.

Los clínicos que se ocupan de niños y adolescentes no siempre encuentran estos

padecimientos, por lo que no presentamos viñetas aquí. El lector interesado puede encontrar más de estos trastornos en *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* de James Morrison.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

En respuesta a un defecto físico diminuto, a veces invisible, el paciente se observa en repetidas ocasiones al espejo, pide que los demás lo tranquilicen o se rasca en áreas de la piel, o hace comparaciones mentales entre él y otras personas.

Las letras pequeñas

Las D: • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, anorexia nerviosa u otros trastornos de la alimentación, TOC, trastorno de ansiedad por enfermedad, insatisfacción normal con la apariencia personal).

Notas de codificación

Especifica si:

Con dismorfia muscular. Estas personas creen que sus cuerpos son demasiado pequeños o carecen de la musculatura adecuada.

Especificar el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se da cuenta de que estos pensamientos son definitiva, o probablemente, no ciertos

Con poca introspección. El paciente piensa que las preocupaciones del TDC probablemente son ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes. El paciente cree con vehemencia que las preocupaciones del TDC son ciertas.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE EXCORIACIÓN

En repetidas ocasiones el paciente trata de detener la recurrencia de escarbarse, rasguñarse o rascarse la piel, que le ha causado lesiones.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (“recurrente”) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, trastornos psicóticos, TOC, trastorno dismórfico corporal, trastorno de movimientos estereotipados).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

Estos pacientes son presa de algo poderoso: el abrumador impulso de acumular cosas. Experimentan problemas -de hecho, angustia- cuando tratan de deshacerse de sus pertenencias, incluso las que tienen poco valor (sentimental o de otro tipo). En consecuencia, las cosas se apilan en desorden obstruyendo áreas de la vida cotidiana que las vuelven inútiles.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (no declarada, más que como “persistente”) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, trastornos del estado de ánimo o psicóticos, trastorno neurocognitivo mayor [demencia], TOC, conducta normal de coleccionar).

Notas de codificación

Especifica si:

Con adquisición excesiva. Si los síntomas están acompañados de adquisición excesiva, compra o robo de cosas que no son necesarias o para las que no hay espacio disponible.

Especificar el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se da cuenta de que estos pensamientos y conductas causan problemas.

Con poca introspección. El paciente prácticamente cree que la acumulación no es un problema.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes. El paciente cree con vehemencia que acumular no es un problema.

F06.8 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS DEBIDOS A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS

F42 OTROS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS ESPECIFICADOS

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS NO ESPECIFICADOS

Para ser sinceros, estos diagnósticos son mucho menos comunes, incluso en adultos. En ocasiones, se puede usar un diagnóstico de otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado, especificado o no especificado, pero los otros dos son tan raros que su principal valor es recordarnos que siempre se debe estar alerta a la posibilidad de una causa “orgánica” del trastorno mental. En todos los casos. Siempre.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Sugerencias generales

Debido a la vergüenza, ni los niños ni los adolescentes suelen mencionar espontáneamente obsesiones ni compulsiones, ni conductas relacionadas. Es probable que se tenga que preguntar a los jóvenes pacientes algo como esto: “¿Alguna vez has sentido que tenías que hacer algo, o tenido ciertos hábitos que podrían parecerte sin sentido, pero que sentías que sólo tenías que seguir haciéndolos?” es necesario tener listos algunos ejemplos, como rutinas para vestirse o bañarse, o ir a la cama, que se tienen que hacer cierta cantidad de veces, rituales que implican revisar en repetidas ocasiones la estufa o el horno para estar seguros de que están apagados, o mirarse con insistencia en el espejo. En interiores puede usarse un gorro para esconder un área sin cabello (debido a que rascarse la piel a menudo implica la cara, eso es más evidente).

No olvidar indagar en los miembros de la familia sobre sus propias conductas: debido a que las exigencias del TOC son insaciables, los hermanos y los padres, al tratar de ayudar al niño o adolescente afectado a lidiar con el problema, a veces terminan atrapados en las mismas conductas que al principio trataron de desalentar. Prepararse para encontrar algunos falsos positivos; muchos niños tienen una obsesión o compulsión extraña sin cumplir con los criterios del diagnóstico.

A menudo, las obsesiones se centran en temas de contaminación (gérmenes, suciedad), peligro (para sí mismo o para otros), la búsqueda de simetría, y moralidad (escrupulosidad). Las compulsiones incluyen lavar en busca de limpieza, trazar números o letras con cuidado hasta que luzcan perfectos y ordenar cosas en los grupos apropiados. Los rituales pueden ser muy elaborados, y es más probable que los informen los padres que sean observados en una visita al consultorio. Los síntomas tienden a cambiar con el tiempo, de modo que en el curso de un año o dos un joven paciente puede desarrollar, uno después de otro, rituales de contar, lavar y ordenar.

Factores de desarrollo

El TOC y los síntomas asociados también tienden a cambiar a medida que avanza la edad. La preocupación por el conteo y la simetría es más prevalente en niños de escuela primaria; la preocupación por la limpieza se vuelve más notable en la adolescencia. Es importante no diagnosticar el TOC en niños que sólo están experimentando con rituales típicos del desarrollo, como juegos con reglas estrictas y pasatiempos que requieren una cuidadosa atención a los detalles (coleccionar estampas, cajas de cerillos y cosas de ese tipo).



Capítulo 16

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Siempre, desde la publicación del DSM-III en 1980, los manuales diagnósticos han mantenido un enfoque “ateórico”. Es decir, no establecen las causas de los trastornos. Sin embargo, en este capítulo del DSM-5 (nuevo en la historia del DSM), la causa se asevera de manera explícita, y se supone que es algo traumático o estresante en la historia del paciente.

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Trastornos relacionados con el trauma y el estrés primario

Trastorno de apego reactivo. Hay evidencias de cuidados patógenos en niños que normalmente no buscan consuelo de sus padres o sustitutos.

Trastorno de relación social desinhibida. Hay evidencias de cuidados patógenos en niños que no muestran una renuencia normal a estar en compañía de extraños.

Trastorno de estrés postraumático. Los individuos con este trastorno reviven en repetidas ocasiones eventos fuertemente traumáticos, como los desastres naturales.

Trastorno de estrés agudo. Este padecimiento se parece mucho al trastorno de estrés postraumático, excepto porque empieza durante o inmediatamente después de un evento muy estresante y dura un mes o menos.

Trastorno de adaptación. Después de un evento estresante, el individuo desarrolla síntomas que desaparecen una vez que las causas de estrés disminuyen.

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés, especificado o no especificado. A los pacientes cuyo estrés o trauma está relacionado con otras manifestaciones pueden clasificarse en una de estas categorías.

Otros trastornos que pueden resultar de un trauma o evento estresante

Problemas relacionados con el maltrato o negligencia. Se puede aplicar un gran número de códigos al tipo de dificultad que surge de la negligencia, el maltrato físico o el abuso sexual de niños o adolescentes (o adultos).

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente se pone ansioso cuando se separa de uno de sus padres o sale de casa.

F94.1 TRASTORNO DE APEGO REACTIVO

F94.2 TRASTORNO DE RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA

El trastorno del apego reactivo (TAR) y el trastorno de relación social desinhibida (TRSD) pueden ser muy poco comunes, pero son sumamente graves en la infancia temprana. En ellos subyace el hecho de que, para su adecuado crecimiento y desarrollo, el niño necesita una estimulación social consistente y retroalimentación afectiva en la relación que establece con uno de sus padres u otro cuidador sensible conocido. Esta relación de apego sirve para mediar el equilibrio entre seguridad y exploración, y con cada persona –madre, padre u otros, es diferente. Cuando la relación falla –el cuidado es inconsistente o el padre es negligente frente a las necesidades físicas o emocionales, o es abusivo– se puede desarrollar un trastorno de apego. El DSM-5 ha transformado los dos subtipos del antiguo trastorno de apego reactivo de la lactancia o la infancia temprana en dos trastornos separados, el TAR y el TRSD.

Al carecer de un apego preferido con alguien, los bebés y niños pequeños con TAR no muestran cautela frente a los desconocidos, sino que se acercan a todos con ecuanimidad y una aparente falta de miedo. Los niños con el síndrome de Williams, causado por la supresión de cerca de 26 genes del cromosoma 7, tienen conductas similares a las del TRSD (así como anomalías físicas). En parte, es por excluir a niños con causas médicas conocidas de su conducta por lo que en los criterios siguen existiendo evidencias de negligencia de los padres o ausentismo.

En el TAR y el TRSD, el niño debe tener la edad suficiente (9 meses) para establecer relaciones de apego, y (como se señaló arriba) los dos trastornos parecen ser extremadamente raros, confinados casi exclusivamente a poblaciones de alto riesgo. E incluso en niños que han sufrido abuso o han sido institucionalizados, la prevalencia del TAR es de sólo 10%, mientras que la del TRSD es de cerca del doble. Una vez que son ubicados en familias en que reciben una alimentación y cuidados seguros, es alta la probabilidad de que los niños con TAR adquieran un apego seguro, mientras que los niños con TRSD conservan sus síntomas con mayor frecuencia.

Los diagnósticos de TAR y TRSD del DSM-5 son inusuales en dos sentidos. Aparte

de algunos trastornos del ciclo sueño-vigilia, son los únicos padecimientos que se crearon de la división de una categoría del DSM-IV (La *Clasificación Internacional de Enfermedades* dio este paso en su décima revisión en 1992). Y, de todos los padecimientos que se originan en la infancia, estos son los únicos que no se aplican en adultos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE APEGO REACTIVO Y DEL TRASTORNO DE RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA

	<i>Trastorno de apego reactivo</i>	<i>Trastorno de relación social desinhibida</i>
Causa aparente	Cuidado infantil adverso (abuso, negligencia, cuidadores insuficientes o cambiados con demasiada frecuencia). La presunción de la causalidad deriva de evidencias como una relación temporal del cuidado inadecuado con una conducta alterada.	
Síntomas	El niño se retrae emocionalmente (no busca ni responde al consuelo que le da un adulto). Estos niños suelen mostrar poca respuesta emocional o social; lejos de tener un afecto positivo, experimentan periodos de irritabilidad no provocada o tristeza.	El niño no es nada reservado en las interacciones con adultos desconocidos. Estos niños, en vez de mostrar la típica timidez al conocer a alguien, no titubean para salir con el adulto desconocido; no se “reportan” con sus cuidadores; y con facilidad se toman confianzas excesivas. Al hacerlo pueden cruzar los límites normales culturales y sociales.
Demografía	Inicia antes de los 5 años de edad, el niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.	
Diagnóstico diferencial	Trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, TDAH.	
Especifica si:	Persistente (los síntomas se presentan por más de un año).	
Especifica si:	Grave (todos los síntomas están presentes en un nivel alto de intensidad).	

Shawna

Casi desde que pudo caminar, Shawna había sido demasiado amigable. Cuando tenía tres años, un trabajador social de los servicios sociales la envió a una clínica de salud mental. Ni el trabajador social ni la madre podían evitar que la niña corriera hacia cualquier extraño que estaba de compras o, más adelante, de iniciar una conversación con extraños, fueran hombres o mujeres. Una vez, ella había acompañado a un nuevo amigo a su casa para comer galletas. Por fortuna, había regresado al patio de su casa ilesa; sin embargo, y a pesar de varios golpes, ella seguía “dispuesta a salir con cualquiera.”

La madre de Shawna trataba de criar a dos niñas ella sola mientras terminaba la

preparatoria y trabajaba en las tardes en un bazar. Las niñas eran cuidadas por mujeres adolescentes del vecindario, una de las cuales había abandonado la escuela en tercero de secundaria; otra tal vez fumaba marihuana mientras hacía sus deberes.

La conducta de Shawna empeoró cuando su hermana nació. El verano pasado, las dos niñas vivieron con su abuela materna. La abuela informó una gradual reducción de la conducta impetuosa de Shawna después de su segundo mes juntas, pero volvió una vez que las niñas regresaron con su madre.

Cuando vio por primera vez al entrevistador, Shawna corrió de inmediato hacia él con los brazos estirados, llorando de gusto y llamándolo «¡papá! ¡papá!» Durante la entrevista, casi no prestó atención a su madre. Al principio, se aferró a la pierna del entrevistador solicitando en repetidas ocasiones que la cargara, que la levantara mientras estaba sentada en su zapato o tomándose otras confianzas. A medida que cada vez se volvió más provocativa y difícil de manejar, la madre le advirtió que le “daría unas nalgadas,” pero ella no atendió a la amenaza ni hizo otros intentos de manejar la conducta de Shawna. Al final, el entrevistador sugirió salir a caminar para continuar la entrevista. Lejos de la madre, Shawna tomó con confianza su mano y se marchó, hablando sobre las muñecas que había encontrado en el cuarto de juego. En esa parte de la sesión, Shawna se enfocó bien en los temas en cuestión y empleó una comunicación verbal y no verbal apropiada para su edad.

Evaluación de Shawna

En lugar de mostrar la resistencia normal de los niños para entrar en contacto con adultos desconocidos, Shawna se acercaba a ellos de buena gana (criterio A1 del TRSD) y, sin ningún temor, hablaba con cualquiera (A2). Incluso una vez fue con un completo desconocido por galletas (A4). En la entrevista, ignoró a su madre en vez de voltear a ver que siguiera ahí, como se espera de un niño de su edad (A3). Aunque sería inusual diagnosticar **TDAH** a su edad, siempre se debe contemplar cuando se trata de un niño impulsivo. Sin embargo, Shawna parecía enfocar su atención cuando se metía en una actividad y mostraba evidencias de autocontrol en situaciones fuera de casa (por ejemplo, cuando se quedaba con su abuela, criterio B). Del mismo modo, no mostraba la conducta negativa que se espera en el **trastorno negativista desafiante**, ni la violación a los derechos o reglas que se observa en el **trastorno de la conducta**. Aunque no se aplicaron pruebas formales en esta entrevista, su funcionamiento intelectual parece ser el esperado para su edad, así que la **discapacidad intelectual** es poco probable. No había nada en la comunicación o la socialización que indicara la presencia del **trastorno del espectro autista**.

En cambio, la aceptación demasiado fácil de Shawna de un entrevistador desconocido de género masculino sugería la alteración de las relaciones sociales que caracteriza el TRSD. Había evidencias del cuidado patógeno, como los repetidos cambios de niñeras y las prolongadas ausencias de la madre (C2). Una parte de su conducta inapropiada en

términos de desarrollo remitió una vez que experimentó un ambiente más estable (quedarse con su abuela), lo cual sugiere una relación causal entre los cuidados y la conducta (D). Desde luego, Shawna era mayor de 9 meses (E).

Sus antecedentes de sociabilidad indiscriminada se remontaban, al menos, un año atrás, lo cual justificaría el especificador de **persistente**. Sin embargo, de acuerdo con nuestro juicio clínico, sus síntomas no eran de la intensidad suficiente para emplear el especificador de **grave**; este juicio se reflejó en el CGAS de Shawna.

F91.1 Trastorno de relación social desinhibida, persistente
CGAS 70 (actual)

Randall

Cuando Randall tenía 4 años de edad experimentó su primer beso.

“Sin duda, nunca recibió uno de su madre biológica,” comentó Bernice, su madre adoptiva; había hecho buen uso de la información que recibió de los servicios de protección infantil. “Ella tenía 16, y estaba más interesada en los chicos y en las drogas. Y su madre era una mujer temerosa de Dios que no aprobaba en absoluto ningún niño nacido fuera de los cánones religiosos, y mantuvo a Randall aislado de los demás”.

La abuela murió, y la siguiente en la fila fue una tía que tenía tres niños de primaria y muchos compromisos a los que dedicaba su tiempo, por lo que no podía dedicar nada a los afectos. Los primos de Randall eran varones, y tampoco le ponían mucha atención al bebé.

Randall pasó el tiempo en un corral para bebés, aprendiendo a hablar de la televisión. De acuerdo con la información, nunca fue maltratado. “Simplemente, no recibía tratos, ni buenos ni malos,” señaló Bernice. Ella creía que ni siquiera había salido de la casa, excepto al patio cercado. “Más o menos él mismo se había entrenado a controlar esfínteres, pues ni siquiera recibió esa clase de atención”. El espacio en la mesa era limitado, por lo que a él le daban su comida en un lugar separado del resto de la familia.

Así que cuando llegó el beso de Bernice, “Sólo se quedó el beso en su cara. Él no reaccionó para nada, sólo lo aceptó sin mostrar ninguna emoción. Así es como reacciona a la mayoría de las cosas”. Bernice había tenido varios niños adoptivos y conocía los ejercicios, pero él había ignorado el conejo de felpa que ella le había puesto en los brazos. Comió el postre de gelatina que ella había hecho, pero tampoco mostró ningún entusiasmo.

“La primera semana que estuvo con nosotros se cayó en la banqueta y se raspó la cara. Hizo un sonido ‘de sorber’ y simplemente se alejó; de su nariz escurría sangre. Me dejó cuidarlo, pero no lloró. De hecho, creo que no mostró ninguna reacción. Otra vez”.

La división del TAR y el TRSD en trastornos separados en el DSM-5 ha provocado preocupación de que esta dicotomía forzada sea simplista. Algunos niños parecen inhibidos en edades tempranas, pero se

desinhiben más tarde. Otra preocupación es que los criterios del DSM-5 exigen que los niños presenten afectaciones graves antes de hacer el diagnóstico. Sin embargo, como sucede en otros diagnósticos de este manual, las perturbaciones precursoras o “de alto riesgo” pueden anunciar un trastorno posterior que una intervención temprana podría prevenir.

Debido a que la literatura sobre el apego es compleja, algunos autores sugieren que otros criterios, distintos a los del DSM-5, pueden ser mejores para identificar este grupo de niños; otros han sugerido que un cambio de nombre ayudaría a comprenderlo y diferenciarlo del apego inseguro. También se ha observado que otros diagnósticos del DSM-5, sobre todo el trastorno de depresión mayor y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, puede ser igualmente apropiado para un niño pequeño que no logra desarrollarse. Por último, ¿cómo es que las mismas circunstancias pueden producir dos resultados tan diferentes? Es claro que, de ningún modo, se ha concluido con los cambios en la definición de estos dos padecimientos.

Randall parecía suficientemente inteligente. De inmediato, supo dónde estaba el baño y cuál era su dormitorio, y no entraba a los de los demás. También aprendió pronto cómo usar el complicado sistema de teatro en casa. “Y ahí es donde quería pasar todo el tiempo, viendo televisión. Su conducta no es extraña en absoluto: no se dedica a dar de vueltas a las cosas, tampoco dice cosas raras. Lo único es que no interactúa mucho con los demás”.

“En verdad, parece no darse cuenta de la presencia de otros en la casa,” concluyó Bernice. Cuando está con Mort y conmigo, sólo luce melancólico. Como si no tuviera un solo amigo en el mundo. Y hasta donde puedo ver, creo que eso es justo lo que sucede”.

Evaluación de Randall

Estas líneas van a ser muy parecidas a la evaluación de Shawna. Los requisitos del TRSD y el TAR están, después de todo, estructurados de un modo muy parecido.

Todos los elementos del TAR están ahí. Primero, está el de una búsqueda mínima de consuelo en los adultos (criterio A1) más una respuesta limitada (de acuerdo, en el caso de Randall, es nula) al consuelo que le ofrecen (A2); los dos son necesarios. Su patología emocional y social persistente se manifiesta en su falta de respuesta emocional a las otras personas (B1) y, hasta donde Bernice podía ver, en su falta absoluta de afectos positivos (B2). De hecho, su afecto predominante, cuando llegaba a mostrar alguno, era la tristeza (B3). Se necesitan dos de estos criterios B para emplear el diagnóstico de TAR.

¿Cuál podría ser la causa? Se culparían los cuidados evidentemente patológicos de su temprana infancia: falta de afecto y estimulación que se refleja en la escasez de sus afectos y en buscar la sola compañía de la televisión (C1) –lo cual, a partir de su relación temporal, se supone que había causado la conducta (D). El testimonio de Bernice no incluyó peculiaridades de la conducta que sugirieran autismo, pero su clínico querría revisar de manera breve el *Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised* (M-CHAT-R; véanse los detalles en el apéndice 1) para descartar el **trastorno del espectro**

autista (E). Es evidente que cumplió con los requisitos demográficos -inicio antes de los 5 años de edad (F) y una edad de desarrollo de al menos 9 meses (G).

Debido a que sus conductas alteradas de apego habían durado toda su corta vida, debería recibir el especificador de **persistente**, en cuanto al especificador es: **grave**.

Aunque los cuidados patológicos están implícitos en la descripción del TAR, se decidió también emplear el código de negligencia infantil. El TAR se puede relacionar con negligencia, abuso o cuidados inconsistentes; la historia específica de Randall queda codificada de la siguiente manera.

F94.1 Trastorno de apego reactivo, persistente, grave

Z69.010 Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE APEGO REACTIVO Y DE RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA

Sugerencias generales

Al evaluar niños pequeños con TAR o TRSD es necesario establecer la naturaleza de las interacciones del niño con el padre. Las interacciones anormales de apego se pueden intensificar en momentos de estrés, como situaciones nuevas, cuando el niño con frecuencia se siente inseguro y regresa con sus padres para recibir consuelo. Si el padre sale del cuarto, la sensación de seguridad del niño puede debilitarse otra vez. La evaluación clínica ofrece muchas oportunidades para observar la respuesta al estrés, la recuperación de seguridad y la exploración de un nuevo escenario. Una cuidadosa y detallada historia de estas experiencias a lo largo del desarrollo del niño y observaciones sobre el consuelo y la exploración durante la evaluación, constituyen los elementos básicos de una evaluación del apego.

Estos dos trastornos exigen trabajar con cuidado, pero de manera eficaz con el paciente y sus padres. Tal vez se deba redirigir a un paciente desinhibido, teniendo cuidado de no alentar la conducta ni rechazar al niño; una actitud no intrusiva, cordial y relajada permite que el niño inhibido se sienta cómodo con la situación de entrevista y contigo. Tratar con los padres requiere de mayor precaución, para adelantarse a la resistencia y reducir la desconfianza y hostilidad, que puede ser natural en muchos padres cuya conducta se ajusta a este trastorno. Desde luego, una actitud cordial, abierta nos puede llevar más lejos. Pero ciertas técnicas de entrevista ayudan a que el informante se sienta cómodo:

- Iniciar con otros temas. Aunque, por lo general, se desaconseja dedicar mucho tiempo a la conversación trivial, tiene cierto valor dedicar unos momentos a información no amenazante y, demostrar así, empatía y establecer rapport.
- Para aliviar de la vergüenza, se debe sugerir alguna excusa para la información desfavorable, por ejemplo, “Tener dos trabajos hace que cada minuto con tu hijo sea precioso”.
- Hacer hincapié en lo positivo: “Shawna se está desempeñando muy bien en varias áreas”.
- Considerar el valor de sesiones múltiples para obtener la mayor cantidad de información sobre las conductas del paciente y los cuidadores.

Factores de desarrollo

Por definición, el TAR (aunque no el TRSD) debe empezar antes del que el niño cumpla cinco años de edad. Al momento de escribir este texto, aún no se han encontrado datos que sugieran una mayor prevalencia de alguno de los dos subtipos en ninguna edad específica.

F43.10 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Y F43.0 TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO)

La causa del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una emoción -miedo, indefensión, horror- provocada por un evento abrumador. En el caso de niños y adolescentes, esos eventos son los mismos que en el de adultos: accidentes o enfermedades graves, maltrato físico o abuso sexual, violencia (sobre todo cuando hay drogas disponibles con facilidad) y las turbulencias causadas por la guerra o catástrofes naturales (incendios, terremotos o tornados). Incluso los sucesos que sólo son incidentes, como salir del cobijo de un árbol momentos antes de que sea golpeado por un rayo, pueden ser eventos desencadenantes.

Desde luego, hace falta algo más que un evento traumático para crear un TEPT. De lo contrario, ¿cómo explicar el hecho de que el mismo evento estresante produce síntomas en un individuo, pero en otro no? Varios factores pueden estar relacionados:

- Duración y gravedad del estrés para el individuo y la duración del terror evocado.
- Qué tan rápido tiene lugar el rescate.
- La estabilidad emocional del niño o adolescente, la preexistencia de otros trastornos.
- Reacciones de los padres y de los miembros de la familia extensa.
- La red social de la comunidad.
- Género; las niñas tienen más probabilidad que los niños varones de volverse sintomáticas.

Algunas estimaciones ubican que la frecuencia del TEPT entre niños y adolescentes estadounidenses asciende a 1 millón al año. Y esta cifra puede estar en aumento, sobre todo entre quienes viven en las zonas céntricas y pobres en que la vida es muy estresante. Un estudio encontró que 40% de los adolescentes que viven en estas zonas habían experimentado, al menos, un evento traumático antes de los 18 años de edad. De ellos, hasta 25% desarrolla TEPT. En otros estudios, la mitad o más de los niños que vivieron accidentes de tránsito o quienes experimentaron otra forma de trauma físico desarrollaron síntomas de TEPT. Aunque en jóvenes, este trastorno es el que menos se detecta de todos los trastornos de la salud mental, hay evidencias de que los jóvenes se pueden recuperar con rapidez: tal vez, dos terceras partes lo hacen en los primeros 18 meses después de la aparición de los síntomas. Sin embargo, algunos llegan a la adultez

manifestando los síntomas.

Los requisitos del TEPT y de su hermano, el trastorno de estrés agudo (TEAG), siguen cambiando. Ahora, en el DSM-5, incluso hay una serie de criterios para niños de 6 o menos años de edad. Abajo, se listan las Características esenciales del TEP (y del TEAG) en niños y adolescentes, y luego se presenta un cuadro que compara los requisitos del TEPT en niños pequeños y del TEAG. Pero, para ofrecer un esbozo de estos hasta cierto punto complicados trastornos (los criterios oficiales del TEPT del DSM-5 ocupan 3 ½ páginas, por mucho los más extensos de todo el libro), se describirá en lenguaje llano lo que se necesita saber.

Desde luego, primero debe haber un evento traumático desencadenante que la persona experimente directamente o que lo presencie (no que sólo lo vea en televisión), o se entere de que le ha ocurrido a un amigo o familiar, o esté expuesto en repetidas ocasiones a dichos eventos –por ejemplo, alguien (obviamente un adulto) que tiene que recoger partes del cuerpo.

Después del trauma, el paciente tiene que experimentar síntomas de cuatro tipos (véase la explicación completa en Características esenciales):

1. Sueños u otros síntomas intrusivos.
2. Evitación de los recuerdos u objetos que los evoquen.
3. Estados de ánimo negativos o pensamientos asociados con el trauma.
4. Cambios en la activación fisiológica.

Estos requisitos también se aplican a niños pequeños aunque la forma que adoptan puede diferir de la de los adultos, y el número total es menor que el requerido en estos últimos.

En el TEAG, los síntomas se desarrollan poco después del trauma y duran un mes o menos. Debe haber un total de 9 o más síntomas de 14 posibles pertenecientes a las cuatro categorías arriba mencionadas. Si los síntomas de TEAG duran más de un mes, el diagnóstico se tiene que cambiar a TEPT.

En la tabla 16-1 se describen y comparan las características clave de las dos versiones del TEPT y del TEAG.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Y DEL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO)

Algo en verdad espantoso ha ocurrido. Un paciente ha sido gravemente herido o quizá ha sufrido abuso sexual; otro ha estado involucrado de cerca en la muerte o una herida de alguien más. En consecuencia, durante muchas semanas estos pacientes:

- En repetidas ocasiones reviven el evento, quizá en pesadillas o sueños perturbadores, tal vez en imágenes mentales intrusivas o *flashbacks* disociativos; un niño pequeño puede recrearlo en el juego. Algunas personas responden a estímulos que le

recuerdan el evento con sensaciones fisiológicas (palpitaciones, falta de aliento) o con dolor emocional.

- Toman medidas para evitar el horror: se niegan a ver películas o programas de televisión, o a leer relatos del evento, o expulsando pensamientos o recuerdos de su consciencia.
- Se vuelven pesimistas: con estados de ánimo negativos, manifiestan pensamientos sombríos (“No sirvo para nada,” “El mundo es un desastre,” “No puedo confiar en nadie”). Pierden el interés en actividades importantes y se sienten desapegados de las demás personas. Algunos experimentan amnesia en relación con los aspectos del trauma; otros se muestran adormecidos, y se sienten incapaces de amar o experimentar alegría.
- Experimentan síntomas de hiperactivación: irritabilidad, vigilancia excesiva, problemas de concentración, insomnio o respuestas de sobresalto intensificadas.

Las letras pequeñas

Una persona puede ser candidata a TEPT o TEAG aun cuando la única exposición fue oír que un amigo o familiar cercano sufrió un trauma (violento o accidental), o a través de la repetida exposición a las secuelas, como le ocurre a policías, bomberos u otros trabajadores de servicios de emergencias que responden en primera instancia.

En el caso del TEPT en niños pequeños, el segundo y tercer punto de la lista de arriba se combinan. En el caso del TEAG, los síntomas requeridos difieren ligeramente. Véase la tabla 16-1.

Las D: • Duración (1 mes o más después de la exposición, en el caso del TEPT, y de 3 días a 1 mes, en el del TEAG) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos [en especial, lesión cerebral traumática], trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, reacciones normales a eventos estresantes).

Notas de codificación

Especifica si:

Con expresión retardada. Síntomas suficientes para el diagnóstico no se acumularon hasta, al menos, seis meses después del evento.

Con síntomas disociativos:

Despersonalización. Esto indica sentimientos de desapego, como si el paciente estuviera soñando, respecto del propio cuerpo o la mente.

Desrealización. Para el paciente, lo que lo rodea parece distante, como de sueño o irreal.

Mónica

Cuando Mónica tenía 5 años de edad casi muere en un terremoto con su mejor amiga, Erin. Ellas paseaban en un auto conducido por la madre de Erin. Iban de regreso a casa después de una fiesta por el cumpleaños de un compañero, estaban listas para salir de la autopista cuando el auto empezó a balancearse de lado a lado. Mónica, asegurada con el cinturón de seguridad en el lado derecho del asiento trasero derecho, miró a su amiga justo cuando un pedazo del paso a desnivel cayó sobre la parte izquierda del carro. Esa fue la última vez que vio a Erin y a su madre.

Habían pasado casi 2 días cuando los rescatistas pudieron llegar al auto. Encontraron a Mónica físicamente ilesa aunque con hambre y frío. Cuando un hojalatero al fin cortó un costado del carro con un soplete oxiacetilénico y la sacó, los reporteros de televisión la llamaron la «niña milagrosa».

Después de una revisión médica en el hospital, Mónica regresó a casa con su padre.

Desde luego, la niña se había reunido con sus dos padres, pero su madre estaba demasiado alterada para cuidarla; además, era la semana en que a Mónica le tocaba estar con su padre. Desde que el juicio de separación de sus padres había empezado, ella y su hermana, Caroline, habían pasado el verano y el otoño yendo y viniendo de casa de su padre a la de su madre. En un estado de fuerte sedación, su madre estuvo de acuerdo en que Mónica regresara al jardín de niños vespertino lo más pronto posible. “Los dos pensamos que debía regresar a caballo”, explicó su padre.

El siguiente lunes regresó a clases, pero de inmediato la maestra notó que algo andaba mal. Mónica siempre había amado la banda rítmica, pero ahora se salía del círculo y vagaba sin sentido. Ni siquiera su instrumento favorito, el triángulo, la atraía. A veces, se cubría los ojos con el antebrazo. “Parecía como si simplemente tratara de cubrirse de la luz,” dijo su maestra al clínico“. Traté de hablar al respecto, pero ella divagaba. Parecía que ya no estaba con nosotros”.

Su padre también notó el cambio, pero seguía pensando “Ella saldrá de esto”. Además, dijo, él sólo la veía una semana y casi no hablaba con su esposa, ni siquiera de las niñas. Él sabía que Mónica había empezado a mojar la cama otra vez, después de casi dos años en que no lo hacía, y que ahora casi siempre lloraba cuando tenía que ir en auto a algún lado. Pero fue Carolina, de 9 años, quien finalmente se dio cuenta y avisó del grado de las afectaciones de Mónica. Tenía dificultades para quedarse dormida, y casi todas las noches se despertaba gritando sobre algún sueño que había tenido; “monstruos o algo”, dijo Carolina. Varias veces, la había visto jugar “al terremoto” con unos bloques que una y otra vez hacía caer sobre sus muñecas.

Caroline había tratado de hablar con su madre, pero ella misma se encontraba aún en una especie de *shock* “Sólo dice que no con la cabeza cuando trato de hablarle de Mónica,” dijo Carolina. “Llora mucho”.

En los días que pasaba con las niñas, tres semanas después del terremoto, su padre llevó a Mónica a una evaluación. Él dijo que había nacido de un embarazo llegado a término, normal, y que hasta donde podía recordar, los logros del desarrollo se habían presentado a tiempo. “No servirá de nada preguntar a su madre. Ella insiste en que las dos niñas están bien, y que nunca han estado enfermas en toda su vida, ni siquiera un resfriado”. Pero él estaba por completo seguro de que Mónica no había tenido problemas previos de salud ni alergias. El único antecedente familiar de trastornos mentales que él conocía era el de un familiar de su esposa: el padre de ella había tenido graves problemas con el alcohol y su hermano mayor se había disparado y matado cuando era muy joven. Nunca se supieron los motivos.

Mónica sólo entraba al cuarto de juego acompañada de su padre. Era una niña que se veía seria, de cabello oscuro; sólo porque su papá la animaba, pasó varios minutos investigando los contenidos del cuarto antes de sentarse con cuidado en el borde de una silla de madera y ajustarse el vestido de modo que la cubriera hasta abajo de las rodillas. A lo largo de la entrevista, no hizo un solo comentario espontáneo aunque respondía

todas las preguntas del entrevistador. En dos ocasiones, contestó “No sé” o “No me acuerdo” a preguntas relacionadas con lo que sucedió en el carro el día del terremoto. Hacia el final de la sesión, el entrevistador puso la casa de muñecas justo frente a Mónica y empezó a jugar con ella. Al principio, Mónica mostró una chispa de entusiasmo cuando tomó la muñeca y la puso en el excusado rosa de plástico. “Ya no la necesitamos”, explicó. “Ya se murió”.

Evaluación de Mónica

La experiencia de Mónica fue traumática, sin importar con qué criterios se juzgue. No sólo estuvo en peligro su vida (criterio A1), sino que en su presencia Erin y su madre perdieron la vida (A2); sólo se requiere uno de estos dos criterios. Es posible suponer la reacción emocional de Mónica, pero mostrar miedo, terror o alguna otra respuesta directa frente al trauma ya no es necesario para cumplir con los requisitos diagnósticos acerca del evento en sí mismo. En los siguientes párrafos se hablará de los síntomas de esta niña a la luz de los requisitos que el DSM-5 estipula en casos de niños pequeños. Si hubiera sido sólo un par de años mayor, se hubieran tenido que usar una serie de criterios ligeramente distintos (véase la tabla 16-1).

Tabla 16-1. Comparación del TEPT en niños preescolares, el TEPT en niños mayores/adolescentes/adultos y el trastorno de estrés agudo		
<i>TEPT en niños pequeños (≤ 6 años)</i>	<i>TEPT en adultos/adolescentes/niños mayores</i>	<i>Trastorno de estrés agudo</i>
	Trauma	
Experiencia directa	Experiencia directa	Experiencia directa
Presenciar (no sólo en TV)	Presenciar	Presenciar
Enterarse de	Enterarse de	Enterarse de
	Exposición repetida (no sólo en TV)	Exposición repetida (no sólo en TV)
<i>Síntomas intrusivos (1/5*)</i>	<i>Síntomas intrusivos (1/5)</i>	<i>Síntomas intrusivos (9/14)</i>
• Recuerdos	• Recuerdos	• Recuerdos
• Sueños	• Sueños	• Sueños
• Reacciones disociativas	• Reacciones disociativas	• Reacciones disociativas
• Malestar fisiológico	• Malestar fisiológico	• Malestar fisiológico o reacciones fisiológicas
• Reacciones fisiológicas	• Reacciones fisiológicas	
<i>Evitación/emociones negativas (1/6)</i>	<i>Evitación (1/2)</i>	
• Evita los recuerdos	• Evita los recuerdos	• Evita los recuerdos
• Evita estímulos que evoquen	• Evita estímulos que evoquen	• Evita estímulos que evoquen recuerdos

recuerdos	recuerdos	
	<i>Emociones negativas (2/7)</i>	
		• Sentido alterado de la realidad (del sí mismo o del ambiente)
	• Amnesia	• Amnesia
	• Creencias negativas	
	• Distorsión → se culpa	
• Estado emocional negativo	• Estado emocional negativo	
• Disminución del interés	• Disminución del interés	
• Desapego respecto de los demás	• Desapego respecto de los demás	
• Sin emociones positivas	• Sin emociones positivas	• Sin emociones positivas
<i>Fisiológico (2/5)</i>	<i>Fisiológico (2/6)</i>	
• Irritabilidad, enojo	• Irritabilidad, enojo	• Irritabilidad, enojo
	• Temerario, autodestructivo	
• Hipervigilancia	• Hipervigilancia	• Hipervigilancia
• Sobresalto	• Sobresalto	• Sobresalto
• Baja concentración	• Baja concentración	• Baja concentración
• Alteraciones del sueño	• Alteraciones del sueño	• Alteraciones del sueño
	Duración	
1 mes	1 mes	3 días a 1 mes

* Fracciones indican el número de síntomas requeridos del número posible en la siguiente lista.

Los *flashbacks* visuales son poco comunes en niños, pero Mónica revivía el evento de tres modos (sólo se requiere uno): a través de sueños angustiantes acerca de monstruos (a veces, los niños no relacionan el contenido del sueño con el trauma, B2), jugando “al terremoto” (juego traumático) con sus muñecas (B3) y llorando cada vez que tenía que viajar en carro, evento externo que parecía simbolizar el evento traumático (B4). Presentó evitación y adormecimiento a través de su negativa de hablar (C2), la aversión a viajar en carro (C1) y un reducido interés en las actividades escolares (C4). (El evidente juego con la muñeca “muerta” podría leerse como una reacción a las imágenes intrusivas -B1-, pero hay resistencia hacer interpretaciones más allá de los datos). Sus problemas de sueño (D5) y de concentración (D4) sugerían hiperactivación. Sus síntomas provocaban una angustia grave y deterioro en el funcionamiento escolar (F). No había evidencias de

lesiones físicas o consumo de sustancias (G). Al momento de la entrevista, Mónica había tenido los síntomas por más de 5 semanas (E), así que el diagnóstico sería TEPT.

Si hubiera sido evaluada algunas semanas antes, ¿se habría podido diagnosticar TEAG? Los eventos estresantes que se requieren son los mismos que en el TEPT, pero el factor temporal se limita a un periodo de 30 días o menos. Deben estar presentes muchos de los mismos síntomas, pero no es necesario que haya uno de cada de las cuatro categorías. En cambio, debe haber al menos nueve síntomas en total, más del doble de los necesarios para diagnosticar el TEPT en niños pequeños. Con base en la información actual, Mónica tenía ocho de estos síntomas. Si la hubiera visto un par de semanas antes, se habría hecho uso del privilegio del clínico, de hacer a un lado las precauciones, y se habría diagnosticado de todos modos TEAG.

Entre los síntomas asociados con el TEPT, destacan la depresión y la ansiedad, categorías que suelen formar la columna vertebral del diagnóstico diferencial. Mónica tuvo muy pocos síntomas para justificar un diagnóstico independiente de **trastorno de depresión mayor** (aunque los futuros clínicos tendrán que estar pendientes de los intentos suicidas), y no presentó ningún síntoma de otro **trastorno de ansiedad** (en especial, **fobias**). En algunos pacientes, los periodos reducidos de atención y la hiperactividad se pueden confundir con el TDAH; en otros, la renuencia a hablar acerca del evento podría ser conceptualizado como **trastorno negativista**. En el caso de Mónica, se pueden descartar con certeza estas interpretaciones. Se podría diagnosticar **trastorno de adaptación** sólo si el evento estresante fuera más leve (que no pusiera en riesgo la vida) y si los síntomas específicos del TEPT -y de otros diagnósticos específicos- no estuvieran presentes.

Debido a que la comorbilidad es la regla en el TEPT juvenil, el clínico también debe indagar si hay síntomas relacionados con el **abuso de sustancias**, así como los síntomas adicionales que pueden permitir un diagnóstico adicional de **trastorno del apego reactivo**, **trastorno de relación social desinhibida** o **trastorno de ansiedad por separación**. Si hay **trastornos del aprendizaje** previos, pueden exacerbarse. Otros posibles trastornos comórbidos incluyen el **trastorno de pánico**, **trastorno de ansiedad generalizada** y el **trastorno del despertar del sueño no REM (con sonambulismo o con terrores nocturnos)**. Ninguno de estos trastornos se manifestó en el caso de Mónica.

Observa que los criterios del TEPT permiten que el evento estresante sea uno que se ha experimentado de manera vicaria. ¿La madre de Mónica, cuya incapacidad para proveer apoyo emocional pudo haber contribuido en los síntomas de Mónica, podría haber sufrido cierto grado de TEPT?

Mónica no tenía síntomas disociativos destacados, y sin duda no había retraso entre el trauma y el inicio de los síntomas, así que no se incluirían especificadores. Su diagnóstico completo sería el siguiente:

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Y DEL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO)

Sugerencias generales

De todos los diagnósticos del DSM-5, el TEPT (así como el TEAG) presentan algunos de los mayores retos para el entrevistador. Un impedimento se encuentra en los criterios diagnósticos, que son más numerosos y complicados que los de otros trastornos mentales que se diagnostican con mayor frecuencia. Luego, la naturaleza del trauma es, a veces, tan extrema que niños y adultos por igual a menudo tratan de olvidar los acontecimientos reales o los sentimientos relacionados.

Si el niño o adolescente coopera, permite que relate espontáneamente el suceso completo. Cuando no hay un evento obvio, se deberán mencionar diversas situaciones estresantes posibles (como una catástrofe natural o un trauma físico o sexual) para promover el recuerdo. Dibujar o dramatizar el trauma facilita la comunicación y obtener información de un niño pequeño. Desde luego, los antecedentes que se obtienen a través de los padres u otros informantes orientarán esta búsqueda.

Se debe tener cuidado de no inducir recuerdos falsos en individuos sugestionables; algunos expertos recomiendan grabaciones de audio o, incluso, video para preservar el tono emocional exacto de las preguntas y las respuestas para, de ese modo, protegerse de posibles problemas legales. Anteriormente se señaló que algunos métodos para obtener información son sumamente controvertidos, y muchos profesionales de la salud mental los rechazan.

El abuso de confianza relacionado con el abuso físico o sexual puede ocasionar que algunos niños o adolescentes tengan dificultades para expresar sus sentimientos, incluso al más empático de los entrevistadores. Es especialmente difícil obtener información precisa cuando existe la sospecha de que alguno de los padres abusa sexualmente. En estos casos, siempre que sea posible, se debe entrevistar a cada informante por separado.

El tiempo transcurrido desde que tuvo lugar el trauma puede afectar el cuadro sintomático que se observa. Justo después del accidente puede haber angustia aguda y un estado de *shock*: el paciente se mueve con lentitud, como si estuviera aturdido. Después, puede presentarse un retraimiento que, acompañado de otros síntomas, se puede confundir con depresión. Es fácil diagnosticar un trastorno del estado de ánimo e ignorar el TEPT.

Factores de desarrollo

Los niños pequeños tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas del TEPT. Hablan menos que antes, se quejan de síntomas físicos (dolores de cabeza o abdominales) o de manera reiterada descargan su angustia a través de su conducta. Estas conductas pueden, en particular, representar el trauma causante. Por ejemplo, un niño de 6 años de edad que se había caído de un bote una y otra vez “ahogaba” un muñeco de GI Joe en la bañera mientras elaboraba sus reacciones. Otros regresan al mutismo, mojan la cama, se chupan el dedo y hablan como si fueran más pequeños.

Los niños mayores desarrollan síntomas de ansiedad o depresión; también ellos pueden regresar a etapas anteriores de su desarrollo (llorar cuando sienten frustración, “olvidan” lo que ya habían aprendido bien, hacer tareas acordes con los estándares de un niño más pequeño). Los adolescentes pueden practicar un juego contrafóbico peligroso que sale a la luz como parte de su historia. Mientras que los adultos reviven el incidente traumático en *flashbacks* o sueños, la mayoría de los niños sólo tienen estos últimos, cuyo contenido toma la forma de monstruos o figuras aterradoras.

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

Con algunos estudios que informan que una tercera parte de los niños y adolescentes que son internados para recibir tratamiento tiene un diagnóstico de trastorno de adaptación (TA), se trata de un diagnóstico frecuente, sobre todo en pacientes que tienen enfermedades médicas graves. De hecho, es demasiado popular, de acuerdo con algunos autores que creen que los clínicos lo usan porque carece de la connotación negativa de trastorno de la conducta o, incluso, de trastorno bipolar. Según una estimación conservadora, 4% de los niños desarrollan síntomas mentales como resultado de algún factor ambiental estresante común.

Entre los factores estresantes que se suelen asociar con el TA se encuentran el divorcio, enfermedad de uno de los padres, empezar o cambiar de escuela, rechazo por parte de los pares y enfermedades personales graves (como la diabetes tipo I). El diagnóstico se hace con la misma frecuencia en niños varones que en niñas, y parece ocurrir más a menudo entre niños cuyos padres atraviesan por problemas maritales. El acoso escolar y el estatus de víctima también se han asociado con dificultades emocionales durante la adolescencia.

Mientras que algunos autores incluyen el duelo como un factor estresante, el DSM-5 descarta explícitamente el duelo no complicado (aunque la reacción de dolor de especial intensidad o duración, más allá de lo que se considere normal para la edad de la persona o en su cultura, se podría considerar como un desencadenante del TA). El TA con estado de ánimo deprimido es, por mucho, el subtipo que se diagnostica con mayor frecuencia en adultos, pero en el caso de adolescentes, el TA con alteración de la conducta puede ser todavía más común.

Más de la mitad de pacientes con TA tienen trastornos comórbidos. Sin embargo, la presencia de un diagnóstico comórbido no parece afectar la recuperación del TA; de hecho, por definición, una vez que el factor estresante desaparece, **siempre** tiene lugar una recuperación. En consecuencia, muchos niños con TA resultan tener otra enfermedad más definida. Aunque los críticos señalan que los criterios del TA están entre los menos sólidos del DSM-5, el requisito de que los síntomas no duren más de 6 meses a partir de que la situación estresante se resuelve es demasiado restrictivo. Algunos estudios informan que los síntomas duran, en promedio, 7 meses.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE

ADAPTACIÓN

Una situación estresante provoca que alguien desarrolle depresión, ansiedad o síntomas conductuales, pero la respuesta excede lo que se esperaría de la mayoría de las personas en circunstancias similares. Después de que termina la situación estresante, los síntomas pueden prolongarse, pero no más de seis meses.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (empieza en los primeros tres meses posteriores al inicio de la situación estresante, termina antes de seis meses después de que desaparece la situación estresante) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (casi cualquier cosa que se te ocurra: trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, otros trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, trastornos de la conducta y otros trastornos conductuales, reacciones leves a situaciones estresantes de la vida, duelo no complicado).

Notas de codificación

Especifica:

F43.21 Con estado de ánimo deprimido. El paciente se encuentra triste y llora, principalmente.

F43.22 Con ansiedad. El paciente se encuentra predominantemente nervioso, tenso, o teme la separación.

F43.23 Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. Los síntomas de los dos especificadores anteriores se combinan.

F43.24 Con alteración de la conducta. El paciente se comporta de manera inapropiada o desaconsejable, tal vez violando las reglas sociales, las normas o los derechos de los demás.

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y la conducta. El cuadro clínico combina síntomas emocionales y conductuales.

F43.20 Sin especificar. Se usa cuando se manifiestan otras reacciones desadaptativas relacionadas con el estrés como las dolencias físicas, retraimiento social o inhibición laboral/académica.

Especifica si:

Agudo. El padecimiento duró menos de seis meses.

Persistente (o crónico). Los síntomas duran 6+ meses aunque no duren más de 6 meses después de que desaparece la situación estresante.

Kerrilynn

Justamente una semana después de su cumpleaños número 12, Kerrilynn se enteró de que tenía una grave enfermedad. Durante varias semanas sus padres habían desoído sus quejas de sentirse cansada y acalorada, pero cuando le empezaron a doler las articulaciones por fin la llevaron con un pediatra. Después de un análisis de sangre rutinario, su médico consultó con un hematólogo, quien hizo un frotis de médula ósea que la dejó con un dolor en el costado derecho de la cadera. Los dos médicos hablaron con los padres, y luego los cuatro le dijeron a Kerrilynn que tenía leucemia linfocítica aguda. “¿Qué es eso?” preguntó.

Luego admitió con el entrevistador que se asustó con la noticia. “No creí que fuera a morir,” dijo, “pero sabía que era algo muy malo: todos fueron tan amables”. Pasó varias semanas recibiendo transfusiones y empezando una quimioterapia, que la hizo sentirse mal. Lloraba cuando se le caía el cabello.

De acuerdo con su padre, todavía lo tenía bien hasta que regresó a la escuela, como 6 semanas después del diagnóstico. Algunos de sus compañeros se burlaban de ella y la

llamaban “Pelona”. En el patio, un niño le quitó su peluca y por varios minutos no se la devolvió. Una maestra alcanzó a oír que el grupo que la molestaba le decía que en pocas semanas ellas estaría “alimentando a los gusanos”.

Aunque Kerrilynn respondió físicamente bien al tratamiento, pronto se volvió hosca y malhumorada. Dejó de ir a las reuniones de su grupo de Niñas Scouts y se negó a responder las llamadas telefónicas de sus amigos. Varias veces, su mamá la encontró en las tardes llorando, pero sin querer hablar de sus sentimientos. En otras ocasiones, se peleaba con su hermana mayor, a quien decía odiar. Un mes de calificaciones en picada llevó a una reunión con el consejero escolar, quien informó a los padres que ella tenía dos deseos: estar muerta e ir a Disneylandia. Al siguiente día, escapó de casa y regresó 6 horas después. Un oficial de policía la encontró en el asiento trasero de auto abandonado intentando tener relaciones sexuales con un niño muy asustado de 13 años de edad. “De todos modos me voy a morir; por eso quería ver qué se siente”, dijo a la enfermera el día en que ingresó al área psiquiátrica de un hospital infantil.

Kerrilynn y su hermana eran hijas deseadas de padres de clase media. Sus logros de desarrollo se presentaron en las edades esperadas. Aparte de su enfermedad actual, no había operaciones previas ni enfermedades graves. Tuvo su menarquía a los 11 años, pero sus periodos se detuvieron poco antes del diagnóstico de leucemia. No tenía alergias ambientales o a los medicamentos, y negó de manera empática haber abusado de alguna sustancia. En los antecedentes familiares no se encontraron evidencias de ningún trastorno de salud mental. Kerrilynn dijo que no tenía problemas de sueño o apetito, ni síntomas somáticos como palpitaciones o dolor de pecho. No había tenido fobias, ideas obsesivas, sensación de una catástrofe inminente ni flashbacks u otras evidencias de revivir incidentes de su pasado reciente. Estaba muy interesada en saber qué eran los delirios y las alucinaciones, y al final se rió y dijo que no estaba tan enferma.

En los primeros días de su hospitalización de dos semanas, Kerrilynn pasó la mayoría de su tiempo libre leyendo historias de caballos. La maestra del hospital notó que era brillante, enfocaba bien su atención y rápido alcanzó a su clase en áreas en que había decaído en los tres meses anteriores.

Evaluación de Kerrilynn

Como en la mayoría de las evaluaciones, el primer paso para evaluar a Kerrilynn sería determinar si tuvo los síntomas necesarios para el diagnóstico. En el caso de TA, esto parece casi innecesario, en tanto que se requieren, en realidad, pocos síntomas. Sin embargo, los síntomas que Kerrilynn presentaba era importantes por dos razones: para determinar el subtipo del diagnóstico, y -mucho más importante- para descartar padecimientos mejor definidos en el DSM-5.

Sus síntomas iniciales sugerían un trastorno del estado de ánimo: ánimo decaído, llanto, irritabilidad y deseo de morir (criterio A; sin embargo, considerando que la

alternativa era Disneylandia, ese deseo parece no ser serio). Por sí mismos, estos serían insuficientes para diagnosticar un episodio depresivo mayor, y Kerrilynn no tenía síntomas vegetativos o de otro tipo para pensar en el diagnóstico de **trastorno de depresión mayor**. Desde luego, la duración había sido demasiado breve para considerar el **trastorno depresivo persistente (distimia)**.

No tenía síntomas que sugirieran el **trastorno de pánico**, y nada de lo que dijo se asemejaba al **trastorno obsesivo-compulsivo** o al **trastorno fóbico** o **de ansiedad social**. ¿Su alteración podría ser una forma del trastorno de estrés postraumático? Enterarse que uno tiene una enfermedad que amenaza nuestra vida, sin duda, es una experiencia terrible, pero no había evidencias de que de algún modo esa idea irrumpiera en su consciencia. No tenía **síntomas psicóticos** y tampoco incurría en **consumo de sustancias** como el alcohol. Una vez que ingresó en la unidad psiquiátrica, fue claro que no había evidencias de un **trastorno cognitivo**.

Sin embargo, ¿los problemas de conducta de Kerrilynn, que por cierto eran alarmantes, podrían indicar un **trastorno de la conducta**? Por un lado, el curso temporal no se ajusta a este trastorno: cuando mucho, había tenido problemas por pelear sólo de un mes o dos (lo cual no es lo que se llamaría persistente). Su conducta sexual podría considerarse si ella hubiera **forzado** al niño, pero su participación parecía haber sido voluntaria, aunque vana. Su huida de casa fue breve y sólo ocurrió una vez. Sus síntomas de desafío fueron demasiado breves y pocos para pensar en el **trastorno negativista desafiante**. Aunque no es posible descartar por completo un **trastorno de la personalidad** en desarrollo, los síntomas tendrían que ser más duraderos; y el **trastorno de la personalidad antisocial** no se puede diagnosticar antes de los 18 años de edad. Se descarta el **duelo no complicado** porque no había muertes recientes en su familia (D).

Por lo tanto, se puede concluir que ningún otro diagnóstico explica razonablemente los síntomas de Kerrilynn (C). **Ocurrieron** en los primeros 3 meses después de que se presentaron dos situaciones estresantes (otra vez, A): primero, enterarse de que tenía una enfermedad que amenazaba su vida, y luego el rechazo por parte de sus pares. Considerando su deterioro escolar y social (B), el diagnóstico de TA le viene como anillo al dedo aunque necesitaría más tiempo para estar seguros de que los síntomas realmente desaparezcan una vez que disminuya la situación estresante (E).

Kerrilynn presentaba una combinación de síntomas depresivos y conductuales que dictan el subtipo y el número de código asignado. No es común usar **con alteración mixta de las emociones y la conducta**, pero de las seis posibilidades es la que mejor se ajusta a sus síntomas. Una duración de menos de 6 meses justifica el especificador **agudo**. Aunque los criterios del DSM-5 no exigen específicamente usar el término **provisional** en el caso del TA que aún no se resuelve, deberían hacerlo. El clínico lo hizo mientras esperaba la resolución de los síntomas en los 6 primeros meses posteriores a la desaparición de las situaciones estresantes. El acoso escolar y las burlas que vivió con sus compañeros de escuela se ajusta al código Z, que se emplea para la exclusión o el

rechazo social, aunque al listarlo se empleará lenguaje específico para la situación de Kerrilynn. Por lo tanto, su diagnóstico sería el siguiente:

F43.25 Trastorno de adaptación, agudo, con alteración mixta de las emociones y la conducta (provisional)

C91.01 Leucemia linfocítica aguda, en remisión

Z69.4 Exclusión o rechazo social (rechazo por parte de los pares)

CGAS 55 (en el ingreso a la unidad psiquiátrica)

CGAS 81 81 (al momento del alta)

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

Sugerencias generales

Incluso si se trata de situaciones estresantes graves como enfermedades que ponen en peligro la vida o un trasplante de órgano, la primera tarea es descartar todos los otros diagnósticos del DSM-5. Eso suele traducirse en una búsqueda cuidadosa de síntomas del trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno de la conducta. La segunda tarea es buscar los factores estresantes, que tienden a ser problemas cotidianos de casi cualquier tipo y gravedad. Si aún no se sabe, se debe preguntar al paciente sobre problemas en la escuela (calificaciones, relación con pares) o en casa (divorcio de los padres, enfermedad personal o de los padres, encarcelamiento de uno de ellos o ausencias por periodos prolongados por servicio militar). Los niños más pequeños dan respuestas verbales más pobres, por lo que se tiene que emplear el juego. Sin embargo, siempre que un niño haya sido expuesto a situaciones inusuales más estresantes (maltrato físico o abuso sexual, catástrofes naturales), primero busca síntomas del trastorno de estrés postraumático.

En tanto persistan los síntomas, el diagnóstico tiene que reevaluarse para estar seguro de que otro diagnóstico, potencialmente más grave, no se ha aparecido. Muchos pacientes con TA tienen diagnósticos mentales coexistentes, como el de enuresis y TDAH.

Factores de desarrollo

Los síntomas depresivos por sí mismos se presentan con muy poca frecuencia en niños pequeños con TA, quienes tienen síntomas conductuales más de la mitad del tiempo. En lugar de quejarse por sentirse cansados, soñolientos o sin energía suficiente, estos niños se retraen o, al contrario, se vuelven nerviosos, faltos de atención e irritables.

La manera más exacta de considerar al TA es como el diagnóstico que es “casi el último recurso,” y sólo se hace después de que todas las demás categorías posibles, más específicas, del DSM-5 se han descartado. El último recurso, sería de alguna manera (véase la Introducción a este libro, p. XIV) el otro trastorno mental especificado o no especificado, que tiene varias ventajas:

- Reconoce que el niño o adolescente está enfermo, sin forzar un diagnóstico antes de contar con todos los datos necesarios.
- Por lo tanto, disminuye la probabilidad de hacer un diagnóstico equivocado, sobre todo uno que pueda ser peyorativo.

- Al dejar abierto el diagnóstico, promueve que se siga pensando acerca de los pacientes complicados o poco claro.

F43.8 OTRO TRASTORNO RELACIONADO CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS ESPECIFICADO O NO ESPECIFICADO

F43.9 TRASTORNO RELACIONADO CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS NO ESPECIFICADO

Se usa la categoría de especificado o no especificado en el caso de un paciente que padece una situación estresante o un trauma, pero que no cumple con los criterios de ninguno de los diagnósticos antes descritos. La categoría de otro trastorno especificado se debe usar cuando se desea especificar la razón por la que otros criterios no se han cumplido (el DSM-5 presenta varios ejemplos).



Capítulo 17

Trastornos disociativos

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Principales trastornos disociativos

Amnesia disociativa. El paciente no puede recordar información importante que es, por lo general, de índole personal y se relaciona con estrés.

Trastorno de identidad disociativo. Identidades o personalidades adicionales toman el control de la conducta del paciente de manera intermitente.

Trastorno de desrealización/despersonalización. El paciente tiene episodios de desapego, como si observara su propia conducta desde afuera. Algunos pacientes sienten que el mundo es irreal o extraño. En ninguno de los dos casos, hay pérdida real de la memoria.

Otro trastorno disociativo, especificado o no especificado. Los pacientes que tienen síntomas indicativos de cualquiera de los trastornos mencionados, pero que no responden a los criterios de ninguno de ellos, pueden situarse en una de esas categorías.

Otros trastornos de disociación implicados

Pérdida de la memoria y otros síntomas disociativos ocurren también en el trastorno de estrés postraumático y en el trastorno de estrés agudo (>>>), intoxicación por sustancias y abstinencia (>>>), trastorno de conversión (>>>), trastorno de síntomas somáticos (>>>), trastorno de pánico (>>>), trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo (>>>), trastorno de la personalidad límite (>>>) y trastornos cognitivos (capítulo 25). También pueden encontrarse en casos de simulación (>>>).

INTRODUCCIÓN

El término **disociación** surgió hace 400 años, pero fue sólo hasta el siglo XX que se aplicó al pensamiento. Esto sucede cuando un grupo de procesos mentales normales se separa del resto; se define como la pérdida de las relaciones normales entre los diferentes grupos de procesos mentales, de modo que al menos un grupo –conocimiento, identidad,

memoria o percepción— parece funcionar de manera independiente. El fenómeno de disociación se encuentra en diversas enfermedades mentales aparte de la psicosis, que incluyen el trastorno de síntomas somáticos, así como los trastornos de estrés postraumático y de estrés agudo. Cuando los síntomas disociativos se presentan en el curso de otros trastornos mentales, normalmente no se hace el diagnóstico independiente de un trastorno disociativo.

De hecho, los expertos aún discuten con vehemencia sobre los trastornos disociativos del DSM: ¿Merecen su propia categoría o deben ser tratados en otros capítulos? El trastorno de identidad disociativo (TID), famoso por su aparición en el DSM-III-R como trastorno de personalidad múltiple, es especialmente controvertido: Muchos clínicos sienten que este padecimiento a veces es inducido en pacientes susceptibles por (gran parte en Norteamérica) terapeutas que tienen un interés especial en estos fenómenos extraños. Un estudio de 2011 encontró sólo 244 casos infantiles de TID, casi dos tercios de los cuales habían sido informados por sólo cuatro grupos de investigación de EUA.

En dos de los trastornos disociativos, los pacientes experimentan pérdida de memoria que **no** es causada por trastornos estructurales o fisiológicos del cerebro. El tercero, trastorno de despersonalización/desrealización (TDD), comprende episodios de desapego en los cuales los individuos sienten como si ellos fueran observadores ajenos de su propia conducta o como si su entorno fuera irreal.

La amnesia que se experimenta en trastornos disociativos puede tomar diversas formas:

- En la **amnesia selectiva**, no se reconocen ciertos acontecimientos.
- En la forma más común, **amnesia localizada**, se han olvidado todos los acontecimientos de un periodo particular.
- Los pacientes con la forma **generalizada** excepcional de amnesia olvidan muchas cosas, que incluyen la identidad personal y la capacidad para poner en práctica habilidades que ellos alguna vez habían dominado; hay pacientes que vagabundean en las estaciones de policía o instituciones de salud, y a veces llaman la atención de la opinión pública cuando se hace el intento de identificarlos.

Teóricamente, el niño o adolescente puede tener cualquiera de los trastornos disociativos, pero ninguno ha sido informado de manera extensa en pacientes jóvenes. El TID y el TDD pueden empezar en la infancia, pero suelen ser diagnosticados hasta la madurez. Por ello, y debido a la controversia alrededor del estatus de los trastornos disociativos en general, se decidió limitar la discusión. Este capítulo se enfocará en la amnesia disociativa (AD), la cual, el DSM-5 advierte, puede presentarse en cualquier grupo de edad, desde niños pequeños en adelante. Aun así, no es común en los más pequeños.

F44.0 AMNESIA DISOCIATIVA

La causa más frecuente de amnesia es un padecimiento médico, tal como el consumo de sustancias, un golpe en la cabeza o los efectos de una cirugía en el cerebro. Sin embargo, en pacientes con amnesia disociativa (AD), sin un padecimiento médico que explique la incapacidad para recordar ciertos acontecimientos importantes que han ocurrido en uno o múltiples episodios durante cierto tiempo. Esta pérdida de memoria es suficientemente grave para causar angustia o para interferir en el funcionamiento de un modo importante. Sus características importantes se presentan más adelante.

Por lo general, la AD empieza de repente, y el tiempo perdido de la amnesia puede ser breve o prolongado –puede tratarse de horas o días, o hasta varios meses. La causa más frecuente es el estrés emocional o un trauma, por ejemplo, la sensación de traición que un niño puede tener al ser forzado a tener relaciones sexuales con un adulto en el que confía. Algunos de estos incidentes han salido a la luz de manera espectacular cuando un adulto, adolescente o niño grande finalmente recuerda el evento y acusa al padre o a otro adulto. En muchos de estos casos, el adulto acusado ha impugnado con éxito la acusación argumentando que el recuerdo fue inducido de manera artificiosa por un terapeuta demasiado entusiasta. Ahora hay organizaciones que se dedican a apoyar a víctimas de este llamado **síndrome del falso recuerdo**, aunque la cuestión de separar de los perpetradores a las víctimas algunas veces requiere de meses en las salas de tribunal.

Cada vez que el paciente con AD hace un viaje desde su casa, en apariencia con un propósito o vagabundea de manera desconcertante, el **especificador con fuga disociativa** (y los cambios de número de código) se puede aplicar. Estos episodios pueden presentarse seguidos de un intenso estrés, y pocas veces son informados en niños.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE AMNESIA DISOCIATIVA

Más allá de la común falta de memoria, hay una pérdida de recuerdo de información personal importante (por lo común, traumático o perturbador).

Las letras pequeñas

Las D: • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastorno neurocognitivo mayor (demencia), trastorno de estrés postraumático, trastorno de identidad disociativo; trastorno de síntomas somáticos; olvidos comunes).

Nota de codificación

Si es pertinente, especifique:
F44.1 Con fuga disociativa

Rosalind

En su primer año de bachillerato, Rosalind pesaba casi 135 kg. A pesar de 3 años de atención cuidadosa del programa Vigilantes del Peso, ella había aumentado recientemente otros 15 kg. Esto había motivado que la enviaran a psicoterapia.

Rosalind resultó una excelente candidata a terapia: era inteligente, clara de pensamiento y tranquila para disentir con alguna figura de autoridad. Si bien ella no perdió ni un gramo, en un par de meses progresó realmente en la comprensión de sus problemas. “Eso de verdad me asustó”, dijo en una sesión. “Sólo había estado viendo la televisión cuando una imagen me vino a la mente y quité el sonido con el control remoto. Pude verme a mí misma en la cama con mi papá, cuando tenía alrededor de 6 años. Él estaba echado sobre mí, con sus pantalones abajo, y yo tenía mucho dolor entre mis piernas”. A lo largo de las siguientes semanas, Rosalind relató más recuerdos de ese tipo. Ella estaba ahora segura de que su padre había tenido relaciones sexuales con ella en repetidas ocasiones durante tres años.

En este punto, su terapeuta consiguió su permiso para entrevistar a otros miembros de su familia. La información adicional fue espantosa, incluso para un clínico con décadas de experiencia atendiendo pacientes con trastornos mentales. Su hermano Bert (7 años mayor) confirmó no sólo que él había tenido sospechas sobre la relación sexual de su padre con Rosalind, sino que de hecho él había estado involucrado al mismo tiempo en una aventura incestuosa con su madre. Ambas relaciones habían continuado hasta que su padre fue encarcelado por cargos inenarrables; murió más tarde en una pelea con arma blanca en el patio de la prisión. Poco después, su madre encontró un novio y perdió el interés por Bert.

En ningún momento, desde que tenía 10 años, Rosalind había experimentado alguna sensación de fallas en el sentido del tiempo; tampoco nunca había “despertado “ para encontrar que ella había evitado hablar de su hogar. Salvo una vida de obesidad, su historia era común. Su salud física y mental, en general, era buena, y negó haber consumido drogas o alcohol. El examen físico no reveló ninguna causa neurológica de qué preocuparse.

Evaluación de Rosalind

La falta de memoria de Rosalind de un periodo prolongado de incesto responde sin dificultad al criterio A de la AD. La ausencia de personalidades alternativas durante

cualquiera de estos periodos descartaría el **trastorno de identidad asociativo**. Por supuesto, los repetidos ataques sexuales perpetrados por su padre constituyen incidentes traumáticos graves; sin embargo, el **trastorno de estrés postraumático** y el **trastorno de estrés agudo** no se consideraría, en parte, porque ella no revivía los incidentes en sueños o *flashbacks*. Y sus capacidades cognitivas intactas descartarían a los **trastornos cognitivos** como posible causa de la pérdida de la memoria (D). Ella dijo que no **consumía sustancias** ni tenía otros **problemas médicos**, por ejemplo, traumatismos craneoencefálicos ni convulsiones (C), y no padecía de problemas físicos, como ocurriría en el caso del trastorno de síntomas somáticos. No había si quiera evidencias que sugirieran el **trastorno facticio**. El hecho de que su hermano corroboró los recuerdos que ella reveló en terapia va totalmente en contra del síndrome de falsa-memoria como explicación de su historia (el cual, subrayaríamos, no es un trastorno reconocido por el DSM-5).

En realidad, el único problema grave que queda se debe al requisito del DSM-5 (y las Características esenciales) de malestar/discapacidad (B) en su episodio de amnesia localizada. Se pudiera suponer que la obesidad de Rosalind era consecuencia de su trauma en la niñez (por tanto, relacionado con su amnesia), y que ésta fue una seria consecuencia. Podríamos, pero se estaría yendo un poco más allá de los datos. En efecto, había muchos asuntos en la historia de Rosalind que la conflictuaban, quizá el menos de ellos era la amnesia. El texto del DSM-5 no trata este asunto; se considera que eso puede ser un ejemplo de terminología vacía que no ha sido bien pensada en el contexto. En cualquier caso, los otros aspectos de su historia de amnesia son suficientemente persuasivos para defender las prerrogativas de los clínicos y hacer el diagnóstico de todos modos. No hubo episodios de salir de casa o de vagar en un estado de confusión, así que no se aplicaría el especificador.

F44.0 Amnesia disociativa

E66.9 Obesidad mórbida debido a exceso de calorías

GAF 80 (actual)

VALORACIÓN DE TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Sugerencias generales

Evaluar la memoria y otras funciones mentales relacionadas con la disociación es un reto, pero en un niño la dificultad aumenta. Debido a la falta de atención o inmadurez cerebral, los niños pequeños, por lo general, tienen lagunas mentales. Y los niños tienen una aguda consciencia de los deseos de los adultos, así que es muy fácil que un clínico empático e interesado influya sin darse cuenta en la dirección del relato del niño. Tan pronto como se intente valorar la amnesia manifiesta u otros síntomas disociativos en el niño o adolescente, se necesita ser doblemente cuidadoso para formar parte del proyecto sin una agenda propia ni expectativas más allá de saber la verdad.

Además de tener la mente abierta, se debe acercarse al niño o adolescente de manera casual, hacer preguntas abiertas e

intentar reducir al mínimo la posibilidad de distorsión. Evitar miradas penetrantes y preguntas repetidas sobre áreas sensibles. El material que parezca significativo y necesite exploración a fondo puede ser valorado con mayor seguridad a través de múltiples entrevistas. Cuando existe la posibilidad de abuso físico o sexual, se debe consultar con el organismo de servicios de protección infantil de la comunidad para determinar si la entrevista debe ser realizada por alguien preparado en el área forense. Dependiendo de las leyes de la comunidad, también se podría considerar obtener la autorización para grabar el audio o video de las entrevistas, con el fin de documentar que no se han hecho preguntas que sugieran las respuestas ni se ha influido de manera indebida en las respuestas del paciente. Por último, se debe estar atento a las conductas que puedan asociarse con trastornos disociativos en niños o adolescentes. Estos incluyen fantasear de modo excesivo, olvidar nombres de familiares, perder la noción del tiempo, tener compañeros de juego imaginarios vividos y hablar a menudo consigo mismo.

Factores de desarrollo

Los niños pequeños pueden ensimismarse con una actividad que los haga parecer olvidadizos e insensibles a su entorno. Durante el juego imaginativo, los niños pueden infundir a muñecas o juguetes personalidades y otras cualidades que los ayudan a formar una relación recíproca. Por supuesto, esta afirmación se aplica en cualquier diagnóstico; ésta es la base para usar materiales de juego y fantasía en evaluaciones con los niños pequeños.

Los síntomas de disociación de adolescentes se semejan de manera estrecha a los de los adultos.

Incluso los profesionales experimentados de la salud mental manifiestan considerable confusión sobre cómo proseguir con cuestiones que atañen al supuesto abuso sexual o físico en niños o adolescentes. La explotación sexual y otras formas de abuso infantil son delitos. A veces, este hecho es pasado por alto en la búsqueda de información del diagnóstico o de los enfoques para el tratamiento. Si no se logra entender las consecuencias legales de una decisión de empezar una línea de cuestionamientos sobre un posible abuso, no sólo se arriesga la salud emocional de los pacientes; se puede poner en riesgo el resultado de una investigación crítica o una prueba subsiguiente. Se recomienda, en los términos más enérgicos, que los profesionales que trabajen con estos niños conozcan las leyes de su jurisdicción que atañen a la denuncia e investigación del abuso.



Capítulo 18

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

GUÍA RÁPIDA PARA EL SÍNTOMA SOMÁTICO Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS

Trastornos de síntomas somáticos primarios y trastornos relacionados

Trastorno de síntomas somáticos. Un paciente joven (por lo general, adolescente) tiene síntomas inexplicables que le provocan preocupación excesiva o dedica demasiado tiempo a actividades relacionadas con el cuidado de la salud. Se encuentra con más frecuencia en mujeres.

Con predominio de dolor (especificador del trastorno de síntomas somáticos). El dolor en cuestión no tiene una base física o fisiológica observable, o excede por mucho las expectativas sugeridas por el padecimiento físico objetivo del paciente.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Estos pacientes padecen de funciones motrices o sensoriales voluntarias alteradas que no tienen una causa anatómica o fisiológica identificable.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Un paciente físicamente sano tiene el miedo infundado de padecer una enfermedad grave, a menudo mortal como cáncer o enfermedades cardíacas.

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas. Los problemas mentales o emocionales del paciente influyen en el curso o en los cuidados de un trastorno médico.

Trastorno facticio. Con el fin de llamar la atención, un individuo conscientemente se fabrica síntomas personales (trastorno facticio impuesto a uno mismo) o los provoca en alguien más, con frecuencia un niño (trastorno facticio aplicado a otro).

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, especificados o no especificados. Estas categorías incluyen todos los síntomas somáticos no explicados que cumplen con los criterios de **alguno** de los trastornos, mejor definidos, del DSM-5 listados arriba.

Otras causas de dolencias somáticas

El dolor sin causas físicas observables es característico de algunos pacientes con un episodio depresivo mayor (>>>). Los pacientes que consumen sustancias padecen de dolor y otros síntomas físicos que son resultado de la intoxicación con sustancias o de la abstinencia (>>>), o las dolencias pueden representar el esfuerzo de obtener la sustancia de su elección. Por último, en la simulación, las personas crean síntomas para obtener ganancias materiales (dinero o drogas, evitar el trabajo o el castigo). La simulación se diagnostica en adolescentes pocas veces y **nunca** en niños pequeños (>>>).

INTRODUCCIÓN

Aunque los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos relacionados con frecuencia tienen su origen en la infancia y adolescencia, se han estudiado poco en estas poblaciones, sobre todo en niños. De hecho, la mayoría de estos trastornos se aplican muy poco a los niños, en parte porque los antiguos criterios (DSM-III y DSM-IV) se establecieron sin tenerlos en mente. Por ejemplo, el trastorno de síntomas somáticos (TSS) se encuentra a menudo en poblaciones de adultos con trastornos mentales, pero su evidentemente baja frecuencia en niños parece deberse a los criterios del DSM-III y DSM-IV del trastorno de somatización, que hace hincapié en conductas que sólo se pueden esperar después de la pubertad. Ahora, el DSM-5 ha liberalizado a tal grado los criterios de lo que ahora se llama TSS que este argumento ya no se aplica. Sin embargo, otros argumentos sí se aplican, y se muestran en un recuadro más adelante (>>>).

TRASTORNO DE CONVERSIÓN (TRASTORNO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES)

Un **síntoma de conversión** ocurre cuando hay (1) un cambio en el funcionamiento corporal (2) en ausencia de disfunciones observables físicas o fisiológicas. Por años, hubo un tercer requisito: que se presentara bajo la influencia de un conflicto emocional. En el DSM-5, este requisito se ha eliminado de los criterios del trastorno de conversión (TC) aunque muchos aún sostienen que es importante señalarlo.

Muchos síntomas de conversión (así llamados, porque supuestamente transforman la tensión emocional en manifestaciones físicas) sugieren la presencia de déficits neurológicos cuando no los hay. El DSM-5 los denomina **síntomas neurológicos funcionales**; de hecho, a veces se denominan **síntomas pseudoneurológicos**. Entre los ejemplos, se encuentran los pacientes que padecen de sordera total, pero se sobresaltan cuando truenan una bolsa de papel cerca de ellos, o los que padecen de la incapacidad de hablar, pero pueden susurrar.

Los síntomas de conversión incluyen déficits motores y sensoriales. Aunque la lista de posibles síntomas es larga, sólo se han observado algunos en niños, como fatiga, dolores y rigidez muscular, tensión abdominal y pseudoconvulsiones. Los pacientes también

pueden padecer dolores de cabeza, menstruales y de otros tipos. Sin embargo, cuando **sólo** hay síntomas de dolor, se emplea el diagnóstico de TSS con predominio de dolor.

Los niños mayores y los adolescentes presentan síntomas pseudoneurológicos clásicos como entumecimiento u hormigueo de las extremidades (parestesias), parálisis parcial y problemas para caminar. Otros síntomas de conversión son ceguera, visión doble, sordera, incapacidad para hablar (afonía), dificultad para orinar o para tragar (que puede ser descrito por el paciente como una sensación de nudo en la garganta: *globus hystericus* en la literatura mucho más antigua), pérdida de la consciencia, amnesia y alucinaciones.

Aunque puede empezar desde los 4 años de edad, y su frecuencia aumenta con la edad, el TC casi nunca se diagnostica en niños pequeños; la prevalencia en esta población es de entre 2 y 4 casos por cada 100 000 niños. En un estudio de trastornos de movimientos psicógenos en la infancia, sólo en 2 de cada 15 pacientes niños o adolescentes el trastorno había comenzado antes de los 10 años de edad. En niños y adultos, las mujeres superan a los hombres en una proporción de 3:1.

En una paradoja evidente, tasas bajas de prevalencia pueden deberse a la aparente ubicuidad de los síntomas de tipo conversivo en niños. Por ejemplo, piensa en el que padece náuseas antes de presentar un examen temido de aritmética. Esto **no** es simulación; el niño de verdad se siente mal. Casi siempre, debido a que el estrés que subyace en tal malestar es obvio y se debe buscar la educación, se envía al niño a la escuela de todos modos. Sólo en circunstancias extraordinarias, estos malestares provocan la tensión suficiente para requerir atención clínica o interferir con el funcionamiento; de ahí la poca frecuencia con que se hace este diagnóstico por la conducta común de los niños.

¿En qué circunstancias se diagnostica el TC? En adultos se encuentra en la población con carencias económicas, bajo nivel educativo y sin complicaciones médicas. Factores similares se podrían encontrar en niños y adolescentes. El TC también se promueve en familias en que la enfermedad se usa como forma de comunicación o como metáfora. En una gran minoría de casos, los síntomas de conversión se desarrollan en quienes antes experimentaron una enfermedad somática genuina y ahora inconscientemente la usan para obtener algún tipo de ganancia. Los antecedentes de estrés más comunes se relacionan con el acoso escolar, separación de los padres y la muerte de un amigo o familiar, y otras situaciones estresantes.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE CONVERSIÓN

El síntoma o síntomas del paciente -funcionamiento motor voluntario o sensorial alterado- parece clínicamente inconsistente con las enfermedades médicas conocidas.

Las letras pequeñas

Los resultados “normales” o extraños de una prueba no son suficientes para establecer el diagnóstico; debe haber evidencias positivas que lo respalden. Un cambio de resultados positivos a negativos cuando se usa una prueba diferente (o el paciente está distraído) o hallazgos infantiles, como la visión en túnel.

Las D: • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias o físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastorno dismórfico corporal, trastornos disociativos).

Notas de codificación

Especifica si:

Episodio agudo. Los síntomas han durado menos de 6 meses.

Persistente. Los síntomas han durado más de 6 meses.

Especifica si: **{Con} {sin} factor de estrés psicológico**

Especifica el tipo de síntoma:

F44.4 Con debilidad o parálisis; con movimiento anómalo (temblores, distonía, modo de caminar anómalo); **con síntomas de la deglución; o con síntomas del habla**

F44.5 Con ataques o convulsiones

F44.6 Con anestesia o pérdida sensitiva

F44.6 Con síntoma sensitivo especial (alucinaciones o alteraciones de la visión, audición, olfato)

F44.7 Con síntomas mixtos

Diane

Cuando Diane apenas tenía 4 años de edad, se le dio tratamiento con ácido valproico para una epilepsia *petit mal*, que se había diagnosticado después de hacer un EEG. En pocas semanas se alcanzó una dosis terapéutica, y sus episodios iniciales desaparecieron de repente. En los siguientes 10 años, Diane tomó su medicina con disciplina religiosa dos veces al día. Sólo una vez o dos, cuando se acercaba a la adolescencia, vio los videos que habían grabado sus padres durante uno de sus episodios.

Diane tenía una hermana, Deirdre, 3 años mayor que ella. Deirdre era de cabello rubio miel, presidenta de su clase y coordinadora de la feria escolar de ciencias. Diane tenía cabello fibroso de color zanahoria, y poca aptitud para la escuela. En su primer año, por primera vez las dos hermanas coincidían en la misma escuela. En las tardes de baile estudiantil, al que Deirdre había sido invitada por varios chicos (y Diane por ninguno), Diane experimentó el primero de una serie de episodios de quedarse con la mirada fija que continuaron a lo largo de ese año. Su nivel de ácido valproico fue evaluado otra vez y se encontró aceptable en términos clínicos; no obstante, la dosis aumentó gradualmente, casi hasta el punto de ser dañina, pero sin tener efectos positivos. Después, se probó una serie de anticonvulsivos y, luego, en combinaciones de estos medicamentos. Varias veces, mejoró por un tiempo, pero regresaban los episodios de mirada fija, que ahora se presentaban hasta cuatro o cinco veces al día. Muy a su pesar,

era por completo incapaz de participar en actividades extracurriculares.

Al final del primer año de escuela, Diane ingresó en una unidad neurológica para estar en observación como interna y ser monitoreada continuamente mediante el EEG. En ninguno de los siete episodios de mirada fija su EGG mostró el patrón de descarga de 3 ciclos por segundo, de ondas y picos, que había presentado el año anterior. En cada episodio, ella no respondía cuando el equipo de enfermería o sus familiares le hablaban, pero dos veces el neurólogo residente abortó el episodio haciéndole cosquillas en la planta del pie. Cuando un terapeuta observó después que sus pseudoconvulsiones tal vez servían para evitar la competencia con su hermana mayor, Diane señaló, “¡Deirdre es hermosa e inteligente, y yo no soy nada!”.

Evaluación de Diane

Descartar una **enfermedad general médica o neurológica** (criterio C) es crucial cuando se evalúa un paciente por un posible TC -o cualquier otro trastorno mental, de hecho. El caso de Diane fue mal entendido por el hecho de que, como ocurre a menudo en personas jóvenes que tienen convulsiones epilépticas genuinas o pseudoconvulsiones, ella tenía de las dos. Sin embargo, aun cuando no se hubiera encontrado una causa física, esto habría sido suficiente para diagnosticar el TC: muchos síntomas evidentes de conversión más tarde resultan ser causados por una enfermedad física o un trastorno médico o mental distinto.

El hecho de que las convulsiones de Diana (criterio A) pudieran abortarse mediante un estímulo nocivo (cosquillas) sugería que en realidad se trataba de síntomas de conversión. Algunos autores recomiendan provocar un episodio por medio de la sugestión, pero les preocupan las implicaciones éticas (confianza) de este procedimiento y las consecuencias para el resultado (reforzamiento de la sintomatología que se desea eliminar). En cualquier caso, la falta de anomalías en el EEG proporciona la evidencia clínica requerida para el diagnóstico definitivo (B).

Ya no es necesario identificar un probable factor de estrés psicológico para hacer este diagnóstico (el DSM-IV lo incluía), pero es algo que observar, en parte porque puede proporcionar información para una terapia posterior. No hay evidencias que indiquen que Diane fingía de manera consciente sus convulsiones (de hecho, parecía afectada cuando no podía tomar parte en las actividades después de la escuela), como ocurriría en un caso de simulación. El malestar y la discapacidad de Diane respecto de las actividades después de la escuela eran evidentes (D).

También sería necesario investigar con atención si hay otros síntomas somáticos para descartar el **trastorno de somatización**, que es por mucho el mejor definido (en el DSM-IV) y más común. Los síntomas somáticos también se presentan en pacientes que tienen **trastorno de depresión mayor** o **trastorno de estrés posttraumático**. La viñeta no ofrece evidencias relacionadas con rasgos anormales del carácter, pero es deseable observar con cuidado a Diane por el posible surgimiento de un **trastorno de la**

personalidad. Es de observarse que el principal tipo de síntomas determina el número exacto del código:

F44.5 Trastorno de conversión con convulsiones, episodio agudo, con factor de estrés psicológico

G403.09 Epilepsia *petit mal*, bien controlada

CGAS 70 (en el momento de su ingreso)

F45.1 TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El TSS es la última iteración de la **histeria**, un diagnóstico mental que se remonta a los antiguos egipcios y griegos. En épocas recientes, se denominó **síndrome de Briquet** por el médico francés que en el siglo XIX describió la manifestación típica de múltiples síntomas físicos y mentales. El DSM-IV lo denominó **trastorno de somatización**, que se discutirá en el recuadro que aparece más adelante (>>>). Debido a que el TSS se ha definido tan recientemente, la mayor parte de lo que se puede decir sobre él proviene de estudios de sus predecesores.

Los síntomas somáticos en cuestión a menudo duran muchos años; a veces a lo largo de la vida aparece y desaparece un síntoma después de otro. Pueden provocar numerosas secuelas indeseables: pérdida de tiempo de trabajo o escuela, cirugías innecesarias, prescripción de medicamentos dañinos. Lo peor es que el trastorno puede alienar al paciente de su familia; también se han informado suicidios.

De acuerdo con los criterios del DSM-5, el TSS debe durar al menos 6 meses. No hay una edad mínima de inicio, pero suele empezar alrededor de los 30 años de edad, pero en casi todos los casos el inicio es más temprano: a veces desde los 4 o 5 años de edad. Como lo define el DSM-5, el TSS afecta a 5 o 7% de las mujeres adultas aunque con los criterios más estrictos del DSM-IV del trastorno de somatización, la prevalencia en la población de adultos se acerca al 1%. En hombres es muy poco frecuente, y su prevalencia entre adolescentes se desconoce. Como el trastorno de somatización, el TSS parece ser relacionarse con la familia, tanto por la herencia genética como por el ambiente.

El trastorno de somatización se relaciona hasta con 8% de las visitas a clínicas de salud mental realizadas por mujeres; los criterios del DSM-5 del TSS lo hacen aún más frecuente. No obstante, los clínicos a menudo lo pasan por alto, quizá porque los trastornos mentales comórbidos son más evidentes, o quizá debido a los complicados criterios del DSM-IV. Sin embargo, vale la pena dedicar tiempo a detectarlo: un diagnóstico válido puede más adelante ahorrar miles de horas de pruebas contradictorias,

tratamientos inútiles y complicaciones desalentadoras.

Wilma

Wilma tenía sólo 17 años cuando fue hospitalizada por ideas suicidas, pero estaba de acuerdo con su mamá en que había sido enfermiza e hipocondriaca la mayor parte de su vida. Para cuando cumplió 16 años, ella había tenido dos laparotomías por un dolor abdominal, retención de orina que requería cateterización, dolores de cabeza por los que había consultado a un neurólogo, y periodos menstruales tan pesados y dolorosos que tenía que quedarse en casa y faltar a la escuela varios días al mes. El único hallazgo físico había sido un pólipo cervical, del cual su ginecólogo dijo que no podía ser el causante del problema.

El jadeo y dolor torácico -el médico familiar había declarado que “no era gran cosa”- estaban acompañados de graves ataques de ansiedad. Cuando apenas tenía 14 años, un oftalmólogo no pudo encontrar la causa física de un episodio prolongado de visión borrosa “Durante días, pensé que debía tener un tumor cerebral”. Recientemente, la habían evaluado por episodios de vómito, de las cuales ella pensaba que podían estar relacionados con la grave intolerancia a los alimentos (varios días, con sólo pensar en el coco, el apio y la mantequilla de cacahuete sentía náuseas); sin embargo, otra vez no se encontró patología alguna. Cambios drásticos y frecuentes en su estado de ánimo y numerosos intentos de suicidio habían hecho que fuera diagnosticada con trastorno bipolar I. Por varios meses, había tomado litio hasta que se volvió “alérgica” a él.

La segunda de cuatro hermanos, Wilma describía su vida familiar como “un desastre.” Su madre tenía un problema de alcohol de mucho tiempo; le gustaba apostar; un primo había muerto por accidente debido a una sobredosis de heroína.

En el hospital, Wilma lloraba y estaba angustiada al principio. Sin embargo, en pocas horas, se interesó en un estudiante universitario de primer año que había ingresado al hospital para tratar su adicción a la cocaína. En la tarde, los vieron riéndose juntos con nerviosismo en una esquina de la estancia diurna; más tarde esa noche, se fugaron del hospital.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

La preocupación por uno o más síntomas lleva al paciente a manifestar un elevado nivel de ansiedad por su salud dedicando tiempo excesivo a cuidar su salud o a preocuparse por la gravedad de sus síntomas.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (6+ meses) • Diagnóstico diferencial (El DSM-5 no establece ninguno, pero se mencionan los trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos; los trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad; los trastornos relacionados a traumas y factores de estrés, y los trastornos disociativos).

Notas de codificación

Específica:

Con predominio de dolor. En el caso de pacientes que padecen dolor principalmente (véase p. 328).

Persistente. Si el curso se distingue por síntomas graves, grandes deterioros y una duración mayor de 6 meses.

Considerar las siguientes conductas relacionadas con la gravedad de los síntomas del paciente: pensamientos excesivos, ansiedad elevada persistente, tiempo/energía excesivos gastados. Ahora, valorar la gravedad:

Leve. Una de estas conductas.

Moderado. 2+.

Grave. 2+ además de múltiples dolencias somáticas (o una dolencia muy grave).

Evaluación de Wilma

Wilma cumplió con facilidad los requisitos del TSS que establece el DSM-5. Ella había tenido no uno sino varios síntomas que la angustiaban e interferían en su vida (criterio A). Aunque la conducta exacta variaba dependiendo del síntoma (y sólo una de esas conductas es necesaria para el diagnóstico), tenía una preocupación persistente, desproporcionada (B1) y elevada ansiedad (B2), en general había dedicado demasiado tiempo y energía a sus síntomas (B3). Estas conductas habían existido durante años, mucho más que los 6 meses mínimos requeridos (C).

Los criterios del trastorno de somatización (véase el recuadro) que establecía el DSM-IV eran mucho más demandantes; sin embargo, Wilma también cumpliría con ellos: **dolor**, de cabeza y abdomen, y en la menstruación y la micción; **gastrointestinal**, intolerancia a los alimentos y episodios de vómito; sexual y genitourinarios, menstruación excesivamente pesada; y **pseudoneurológico**, retención de la orina. No hay evidencia de que en estos años haya fingido los síntomas, lo que justificaría el diagnóstico de **simulación**, ni de que haya buscado conscientemente engañar, como en el **trastorno facticio aplicado en uno mismo**.

Además, como tantos otros pacientes con muchos síntomas somáticos, Wilma había sido tratada por el **trastorno del estado de ánimo** grave. ¿También tendría que hacerse diagnóstico de trastorno del estado de ánimo? Hasta cierto punto, esto es cuestión de juicio. Aunque en algún momento habría cumplido con los estrictos criterios del episodio depresivo mayor, el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo podría ocasionar que otro clínico, más adelante, emplee un tratamiento somático inadecuado cuando un manejo conductual sería más eficaz. En todo paciente que tiende a somatizar, es esencial preguntar acerca de otros trastornos y conductas que a menudo se presentan al mismo tiempo: **trastornos relacionados al uso de sustancias** y **trastornos de la personalidad** (sobre todo el **trastorno de la personalidad histriónica**, aunque los

trastornos límite de la personalidad y el antisocial también se diagnostican).

El padecimiento de Wilma había durado más de los 6 meses mínimos requeridos y estaba llena de síntomas y gran discapacidad y malestar. Por lo tanto, se podrían agregar especificadores al diagnóstico completo:

F45.1 Trastorno de síntomas somáticos, grave, persistente
GAF 65 (en el momento del ingreso)

El punto más significativo del TSS en el DSM-5 se refiere a que los criterios se han simplificado tanto en relación con los requisitos del trastorno de somatización –término que aparecía en el DSM-IV– que este trastorno se puede diagnosticar en muchas más personas.

El libro *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico* de James Morrison presenta una discusión más completa sobre los 60 años de este trastorno, sus distintos nombres y sus criterios. En cada uno, era necesario determinar cierto número de síntomas físicos mínimos para poder hacer el diagnóstico; estudios de seguimiento han demostrado que este método de comprobación es muy confiable. El método del DSM-5 se publicó sin datos y sin ponerlo a prueba; de hecho, con la sola esperanza de que pueda discriminar una entidad patológica válida.

Debido a que los pacientes jóvenes en particular no deben ser agobiados innecesariamente con un diagnóstico que podría ocultar otro padecimiento más tratable, se recomienda usar los antiguos criterios del trastorno de somatización. Con ese fin, se reproducen (del *DSM-IV Made Easy* de James Morrison) a continuación. Se observa que en cada una de las categorías de síntomas, los síntomas específicos se listan en orden descendiente aproximado de frecuencia.

Criterios del trastorno de somatización

- Desde antes de los 30 años de edad, el paciente ha tenido muchas dolencias físicas que se prolongan por varios años.
- El paciente ha buscado tratamiento por estos síntomas, o materialmente estos han deteriorado su funcionamiento social, laboral o personal.
- El paciente ha experimentado en algún momento, al menos, ocho síntomas de la siguiente lista, distribuidos como se señala. No es necesario que se presenten al mismo tiempo.
 - Síntomas de dolor (cuatro o más) relacionados con diferentes partes del cuerpo –como cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, pecho o recto– o con funciones corporales –como la menstruación, las relaciones sexuales o la micción.
 - Síntomas gastrointestinales (dos o más, excluyendo el dolor), como náuseas, hinchazón, vómito pero no durante el embarazo, diarrea o intolerancia a diversos alimentos.
 - Síntomas sexuales (al menos uno, excluyendo el dolor), como indiferencia hacia el sexo, dificultades de erección o eyaculación, periodos menstruales irregulares, sangrado menstrual excesivo o vómito a los largo de los nueve meses del embarazo.
 - Síntomas pseudoneurológicos (al menos uno), como equilibrio o coordinación pobres, músculos débiles o paralizados, nudo en la garganta o problemas para tragar, pérdida de la voz, retención de la orina, alucinaciones, insensibilidad al tacto o al dolor, visión doble, ceguera, sordera, convulsiones, amnesia u otros síntomas disociativos, o pérdida de la consecuencia distinta a los desmayos. Ninguno de estos se limita al dolor.
 - Por cada uno de los síntomas anteriores, se debe cumplir una de estas condiciones:
 - Exámenes físicos o de laboratorio determinan que el síntoma no se puede explicar por completo por un padecimiento general médico ni por el consumo de sustancias incluyendo medicamentos, o
 - Si el paciente no tiene un padecimiento médico general, el deterioro o las dolencias exceden lo que normalmente se esperaría, con base en los antecedentes, resultados de laboratorio o exámenes físicos.
 - El paciente no finge conscientemente los síntomas para obtener ganancias materiales (como sucede en la simulación) ni con el fin de desempeñar el papel de enfermo (como el trastorno facticio).

*Al menos, aquí hay un área en que se puede estar de acuerdo con el método del DSM-5: el peso de las evidencias reunidas hasta la fecha sugiere que exigir una falta de explicación médica de los síntomas en cuestión no es útil para el diagnóstico, y que el peso de todos los síntomas somáticos (explicados en términos médicos o no) es el mejor predictor del resultado del trastorno.

CON PREDOMINIO DE DOLOR (ESPECIFICADOR DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS)

Casi siempre se piensa en el dolor en términos de su causa. La mayor parte del tiempo, en la mayoría de las personas, la etiología es algo que se puede ver, sentir o deducir de las pruebas médicas: un pulgar infectado, dolor de garganta, retorcimiento de las asas intestinales. Este dolor no es un trastorno mental. Pero un gran número de individuos reacciona al dolor con mayor intensidad de lo que parece justificado de acuerdo con su naturaleza. Es decir, por lo general se ajustan a los requisitos del TSS que establece el DSM-5 reaccionando con mayor intensidad o mayor tiempo al dolor que la mayoría de las personas. Cuando eso ocurre, se puede usar el especificador **con predominio de dolor**. (En esta sección, se abrevia el TSS y su especificador como TSSPD.)

A diferencia de los criterios del DSM-IV del trastorno de dolor (un trastorno por derecho propio), el TSSPD no requiere que el clínico juzgue que un factor psicológico ha creado, empeorado o mantenido el dolor. Sin embargo, los clínicos y padres seguirán buscando evidencias de que un síntoma de dolor determinado no proviene de un estado orgánico definido. Aunque ninguno de los siguientes factores es definitivo, sugieren la existencia de una causa psicológica:

- El dolor empieza después de un trauma psicológico.
- Los sucesos estresantes aumentan el dolor.
- La discapacidad es peor de lo que parece razonable tomando en cuenta la causa.
- Hay evidencias de ganancias secundarias (como evitar la escuela o el castigo).

El dolor de cabeza y el dolor abdominal encabezan la lista de los dolores que padecen los niños. Por ejemplo, en un estudio, 22% de los niños entrevistados en el curso de 4 años padecieron dolor abdominal recurrente, las niñas superan a los niños varones en una proporción de 2.5:1. Sin embargo, el número de niños para los que este hallazgo es importante en términos clínicos, sin duda, es mucho menor.

La experiencia de dolor es subjetiva, así que su medición se basa en el umbral de la persona y el juicio de la persona que evalúa. Ésta es una tarea bastante difícil para un paciente adulto, pero para un niño pequeño es una proeza, pues tiene menos experiencias que sirven como puntos de referencia de la intensidad. La respuesta a un placebo a menudo es positiva, sin importar si el paciente sufre un dolor orgánico o algo más.

Los orígenes del TSSPD aún no se conocen. Niños, adolescentes y adultos por igual pueden usar el dolor y otros síntomas físicos para comunicar tensión emocional o

necesidad de consuelo; sin duda, un patrón familiar de conductas de enfermedad influyen en las respuestas al dolor de niños y adolescentes. Aunque, en última instancia los orígenes del TSSPD se encuentran en la predisposición genética del joven paciente, factores específicos de sus circunstancias sociales –problemas escolares o falta de apoyo social de parte de los padres, por ejemplo– también desempeñan un papel.

Jordan

Una tarde de sábado a principios de octubre, en el segundo tiempo del partido de su equipo de fútbol contra otro grupo de tercer grado, Jordan se dio cuenta gradualmente que le dolía el estómago. En ese momento, estaba jugando de portero -su posición favorita- y no le dijo a nadie sino al terminar el partido, pero esa tarde sus padres lo llevaron al área de urgencias de su hospital. Después de que los rayos X y las pruebas de laboratorio resultaron por completo normales, lo enviaron a casa. Pronto se recuperó, pero intermitentemente en las siguientes semanas, tuvo dolores abdominales.

Llegó Navidad, y Jordan había pasado casi 10 días en casa quejándose continuamente de un calambre. Varias visitas al médico y diversas pruebas complicadas de laboratorio y radiológicas no revelaron patología alguna. Desesperado, el pediatra lo envió al departamento de salud mental del hospital.

De acuerdo con el trabajador social que los entrevistó, la familia de Jordan era, en apariencia, del tipo “Dick and Jane”. Vivían en un suburbio tranquilo, tenían un perro y un gato, y no parecían tener problemas sociales o económicos graves. El trabajo de su papá implicaba un horario razonable y buena paga, y no tenía que salir de la ciudad. La madre de Jordan no había dado clases en la escuela desde poco antes de que Jordan y su hermana gemela, Sarah, nacieran. Ahora, ella se quedaba en casa a cuidar de ellos y su hermana de 3 años de edad. Una mujer adusta que parecía mayor de 38 años, se quejó en la entrevista de su propia enfermedad. Al paso de los años, había consultado a varios médicos y otros clínicos, pero el trabajador social no consiguió saber de algún diagnóstico definitivo que se le hubiera hecho en algún momento.

Jordan era un buen estudiante y le gustaba la escuela, sus calificaciones aún no habían sido afectadas. Lloró cuando le dijeron que no podría terminar la temporada con su equipo de fútbol, pero su estado de ánimo, por lo demás, siguió siendo bueno durante todo el otoño. Siempre se inquietaba cuando su dolor le impedía ir a la escuela, y siguió con cuidado el régimen que su médico prescribió.

Evaluación de Jordan

En casi todos los aspectos, la historia de Jordan indicaba que el diagnóstico adecuado era TSSPD. Su dolor abdominal recurrente había hecho necesarios numerosos intentos de tratamiento y le había impedido ir a la escuela varios días (criterio A). Se había hecho un gran esfuerzo para intentar determinar la causa (B33) aunque, a decir verdad, no era claro cuánto de este esfuerzo era a instancias de Jordan y cuánto de sus padres. No se había detectado ningún **trastorno médico** de los que se suelen asociar con el dolor abdominal recurrente (como migraña abdominal, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o una mala absorción). Sin embargo, no es necesario descartar las enfermedades orgánicas para diagnosticar el TSSPD; de hecho, el DSM-5 afirma explícitamente que se puede hacer el diagnóstico aun con la presencia de otro padecimiento médico.

Siempre descrito como alegre, Jordan no presentaba otro padecimiento mental como **trastorno de depresión mayor**. No había evidencias de un deseo de estar enfermo o el intento de engañar, lo cual habría sugerido la existencia de **trastorno facticio o simulación**, respectivamente; de hecho, disfrutaba la escuela y se oponía a quedarse en casa. Nada apuntaba tampoco a un incipiente **trastorno de la personalidad**.

He aquí un truco: la duración general de las dolencias abdominales de Jordan había sido sólo de casi 3 meses. El criterio del TSS establece un síntoma (o una serie de síntomas) debe ser “persistente (por lo general, mayor de 6 meses)”. Pero no establece con claridad un periodo operacional y tampoco explica más este criterio. Sin embargo, no se debe aplicar este diagnóstico en un niño que sólo presenta un síntoma y tiene una historia relativamente breve. En consecuencia, se debe hacer un diagnóstico, como en el caso de Jordan, que ayude a tener la mente abierta acerca de la etiología del dolor.

R10.4 Dolor abdominal, etiología desconocida
CGAS 70 (actual)

Si se tuviera mayor certeza de que él tenía un trastorno que implica somatización, se habría optado por éste:

F45.8 Otro trastorno de síntomas somáticos especificado (trastorno de síntomas somáticos de duración breve)

Sin embargo, en este punto de su aventura médica, incluso este diagnóstico sería impreciso

F54 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN OTRAS AFECCIONES MÉDICAS

El DSM-IV sugería seis tipos de factores psicológicos que afectan el tratamiento de un trastorno médico. Aunque los clínicos que tratan niños y adolescentes no emplean mucho estas denominaciones, a veces son útiles. El DSM-5 no lista estas categorías específicas, pero proporcionan un modo útil para recordar las cuestiones que afectan el curso del tratamiento. Si hay más de un factor psicológico presente, se debe elegir el más notable.

- *Trastorno mental.* El trastorno obsesivo-compulsivo de Peter lo hace dudar de que haya tomado su insulina; a la edad de 16 años, ya tenía episodios graves de niveles bajos de glucosa en la sangre debido a sobredosis de insulina.
- *Síntomas psicológicos* (insuficientes para otro diagnóstico del DSM-5). Con pocos síntomas mentales adicionales, la temerosidad de Scooter lo hizo huir en lugar de aceptar la quimioterapia que el pediatra recomendó para tratar su leucemia.
- *Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.* Tracey ha peleado con figuras de autoridad desde su adolescencia temprana; ahora se niega a usar la tablilla que necesita para proteger su brazo roto.
- *Conductas de salud desadaptativas.* Jason sabe que fumar le provoca crisis de asma, pero busca con desesperación ser aceptado por los niños populares de la escuela.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN OTRAS AFECCIONES MÉDICAS

Un síntoma o enfermedad física es afectado por un factor psicológico o conductual que desencadena, aumenta, interfiere o amplía la necesidad de tratamiento por parte del paciente.

Las letras pequeñas

Las D: —Diagnóstico diferencial (otros trastornos mentales como el trastorno de pánico, trastornos del estado de ánimo, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, trastorno de estrés postraumático).

Notas de codificación

Especifica la gravedad actual:

Leve. El factor aumenta el riesgo médico.

Moderado. El factor agrava el padecimiento médico subyacente.

Grave. El factor provoca que el paciente sea llevado a una unidad de urgencias o que sea hospitalizado.

Extremo. El factor pone en riesgo grave la vida del paciente.

Primero, codifica el nombre del padecimiento médico en cuestión.

- *Respuesta fisiológica relacionada al estrés.* La familia de April necesita una beca de estudios; dos veces, cuando tenía que presentar el examen SAT, sufrió de migraña.
- *Otro factor psicológico o factor psicológico no especificado.* Terry tiene miedo a las agujas. Sus padres desconfían de las vacunas, así que no la presionan para que se ponga las vacunas que necesita contra el virus del papiloma humano.

F45.8 OTRO TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNO RELACIONADO

Ejemplos de padecimientos que podrían considerarse como otro diagnóstico especificado son pseudociesis (embarazo falso), estados hipocondríacos transitorios, síndrome de alergia total al ambiente y síntomas físicos inexplicables que duran menos de seis meses. Sin embargo, es dudoso si los primeros tres se aplicarían alguna vez a pacientes jóvenes. El caso de Jordan (descrito en relación con el TSSPD) ilustra la aplicación, en el caso de un niño, del otro diagnóstico especificado.

F45.9 TRASTORNO DE SÍNTOMA SOMÁTICO Y OTRO TRASTORNO NO ESPECIFICADO

La categoría de no especificado debe reservarse para los pacientes que no cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos descritos en este capítulo del DSM-5, pero que, no obstante, parece tener un trastorno de síntomas somáticos y otro trastorno relacionado.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Sugerencias generales

Una entrevista clínica no es la manera más adecuada de validar las dolencias físicas. Se podrían escribir volúmenes enteros (de hecho, existen) para describir pruebas para distinguir los síntomas de conversión y las patologías con una base física o

neurológica. (Por ejemplo, los pacientes con ceguera genuina escriben sus nombres cuando se les pide, mientras que los que tienen pseudoceguera sólo hacen garabatos; todo síntoma de conversión disminuye cuando el paciente está distraído. El DSM-5 describe otros ejemplos). Aunque muchos profesionales de la salud mental no realizan de manera rutinaria estas pruebas, pueden analizar la complicada historia médica (hospitalizaciones múltiples y muchas pruebas con diversos medicamentos) y los patrones de conducta y de las características de personalidad que distinguen a los pacientes que tienen tendencia a somatizar.

El tono afectivo que se utiliza para describir las dolencias físicas aporta información útil de un adolescente que se ríe nerviosamente o, en cambio, parece no sentirse preocupado al describir síntomas graves. A esta característica se le conoce como *la belle indifférence*, que significa “la altiva indiferencia”. En vez de responder con indiferencia, la mayoría de los jóvenes pacientes con enfermedades mentales o físicas sienten miedo de sus síntomas.

Las siguientes características incluyen algunas del trastorno de la personalidad histriónica, que a menudo acompaña los síntomas somáticos.

- Apariencia demasiado dramática o, paradójicamente, indiferente.
- Una actitud seductora hacia el examinador.
- Búsqueda constante de atención.
- Énfasis excesivo en el atractivo físico de la paciente.
- Vaguedad al hacer un recuento de los antecedentes.
- Necesidad evidente de recibir con frecuencia halagos o reforzamientos.

Por otro lado, se debe recordar que, aunque los siguientes factores **sugieren** que el paciente está somatizando, **no** son criterios diagnósticos:

- El síntoma de ansiedad o somático del paciente aumenta en situaciones de estrés (el estrés o los conflictos también empeoran los síntomas físicos).
- El síntoma parece demasiado intenso tomando en cuenta la enfermedad real (los individuos varían en gran medida en cuanto a su reacciones al dolor o a las disfunciones).
- El paciente parece sensible o dramático (muchas personas con trastorno de la personalidad histriónica o de otro tipo son saludables en el aspecto físico).
- Los síntomas parecen extraños (la enfermedad física y otros trastornos mentales mayores empiezan con síntomas inusualmente intensos).

Debido a que los trastornos de síntomas somáticos tienen una fuerte correlación con el abuso infantil, es de especial importancia considerar la posibilidad de un abuso físico o sexual en pacientes jóvenes con estos diagnósticos. También recordar que la cultura de la persona puede modificar el modo en que se expresan los síntomas.

Sobre todo, cuando se evalúa alguno de estos trastornos, se debe estar alerta ante la posibilidad de una enfermedad física; pasarla por alto es peligroso para el paciente y, en el mejor de los casos, embarazoso para el entrevistador; sin embargo, no queremos arriesgarnos a restar importancia a una enfermedad curable por suponer que ésta tiene un origen emocional.

Factores de desarrollo

Es normal en términos de desarrollo que un niño pequeño reaccione temporalmente a una lesión menor quejándose de un dolor, cojeando o, incluso, llorando. En el curso usual de los eventos, unos minutos en que la atención de los padres a la lesión disminuya serán recompensados cuando el niño, también, dirija su atención a otra cosa. Cuando los niños desarrollan síntomas de conversión, tienden a tener entumecimiento u hormigueo en las extremidades (parestias), parálisis, pseudoconvulsiones y dificultades para caminar.

Entre los niños pequeños, niños varones y niñas tienen la misma probabilidad de desarrollar síntomas de conversión; después de la pubertad, la probabilidad aumenta en las adolescentes. Otros estudios han encontrado que niños de cualquier edad pueden experimentar fatiga, dolor de espalda y visión borrosa. En la adolescencia, es normal la preocupación por las partes del cuerpo y su funcionamiento, y sólo se considera patológica cuando perdura y provoca una tensión importante en términos clínicos y afecta el funcionamiento.

La manera en que los niños reaccionan al dolor cambia a medida que maduran. Los niños muy pequeños pueden pedir abrazos u otras maniobras para distraerse de su dolor intenso, recurrente. Los niños mayores, con frecuencia, pueden comprender y racionalizar mejor la necesidad de los procedimientos médicos. La tolerancia al dolor también aumenta a

medida que el niño crece; uno de 8 años de edad no hace caso de una lesión que habría hecho gritar a uno de 3 años. Las dolencias físicas que se encuentran con mayor frecuencia en niños prepuberales son el dolor abdominal recurrente y el dolor de cabeza, precedidos por dolor abdominal en edades más tempranas. Los niños mayores y los adolescentes se quejan de dolores extremos, dolores musculares y síntomas neurológicos.

El principal precursor de los DSM, los criterios de la Universidad de Washington de los trastornos mentales (conocido popularmente como los “criterios de Feighner” por el primer autor de un artículo seminal), incluyen síntomas del estado de ánimo en los criterios del trastorno de somatización. Estos síntomas se eliminaron en el DSM-III, lo cual permitió a los clínicos hacer diagnósticos múltiples, por ejemplo, trastorno de somatización más el trastorno de depresión mayor. Una consecuencia no deseada fue que este cambio permitió a los clínicos olvidar que los síntomas de estado de ánimo y de ansiedad - incluso conducta psicótica- a menudo acompañan e incluso son intrínsecos al trastorno de somatización.

F68.10 TRASTORNO FACTICIO

Los pacientes con trastorno facticio (TF) fingen los síntomas, pero no para obtener una ganancia económica o de otro tipo, como en el caso de la simulación. En realidad, lo hacen por algún otro motivo -quizá obtener simpatía o atención. Algunas publicaciones llaman a este fenómeno “ocupar el papel de enfermo”. El TF tuvo antes diversos nombres -el más notable fue **síndrome de Münchhausen**, por el Barón de Münchhausen del siglo XVIII, quien recorrió Europa inventando historias sobre sus aventuras.

Cuando la misma persona causa y lleva los síntomas, el DSM-5 llama al TF aplicado a uno mismo (TFAU). Se cree que empieza en los primeros años de la vida y ocasionalmente se diagnostica en niños mayores y adolescentes. Pero hay otra situación de este tipo que implica de manera regular a los niños: en lugar de fingir enfermedades personales, el perpetrador intenta inducir o falsificar síntomas en alguien más. El DSM-5 lo llama trastorno facticio aplicado a otro (TFAO) y, por primera vez, lo incluye como parte del manual oficial. El DSM-IV decía que era necesario estudiarlos más y lo denominó TF por poder. El TF tiene su propio capítulo en el DSM-IV, pero en el DSM-5 se encuentra junto con los trastornos de síntomas somáticos y trastorno relacionados.

En casi tres cuartas partes de los casos, la madre es la instigadora responsable de la conducta del niño, pero en ocasiones es el padre, un abuelo, la niñera u otro cuidador primario. El perpetrador casi nunca tiene psicosis; por lo general, hay un trastorno de la personalidad, relacionado con el uso de sustancias o algún otro padecimiento mental.

Muchos perpetradores tienen antecedentes de salud, y algunos también de abuso o de TF. A menudo, trabajan duro para parecer cuidadores excelentes de un niño.

En niños menores de 16 años, no es común ser víctima del TFAO; la proporción es de 1 por cada 200 000 cada año; en los que tienen 1 año o menos, la tasa aumenta hasta cinco veces. Los niños mayores deben, desde luego, coludirse en cierto grado en el engaño. Niños varones y niñas son afectados por igual, y por lo general tienen 4 años de edad o menos. Desde la primera aparición de los síntomas, suele tomar casi un año hacer el diagnóstico correcto.

El cuidador puede fingir o producir síntomas en un niño de varias maneras:

- Sólo descripciones de los padres (como relatar convulsiones).
- Descripciones de los padres más muestras falsas y datos falsificados.
- Envenenamiento, asfixia o retención de alimentos o medicinas.
- Fabricación de un trastorno psiquiátrico.
- Signos artificiales de embarazo (en adolescentes).
- Disfrazando enfermedades físicas genuinas.

Cuando uno de los padres parece no estar preocupado o demasiado preocupado (incluso al grado de no alejarse de su lecho) por un niño gravemente enfermo, se despiertan sospechas; cuando para el médico los síntomas del niño no tienen sentido; o cuando el niño sigue enfermo después de un tratamiento evidentemente adecuado. Los daños médicos y emocionales que una familia de este tipo ocasiona pueden salir a la luz sólo al final de un largo y frustrante curso clínico.

Las conductas injuriosas suelen continuar hasta que ocurre uno de tres resultados: 1) el perpetrador es aprehendido, el crecimiento del niño hace que el perpetrador se concentre en un niño menor, o el niño muere (la tasa de mortalidad del TFAO es de 10%). En un estudio, casi una de ocho víctimas murió o sufrió daños permanentes detectados en el seguimiento, y tres de cada cinco hermanos tuvieron experiencias similares. En otra encuesta, más de 70% de 117 pacientes padecía una discapacidad permanente o una deformidad.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO FACTICIO APLICADO A {UNO MISMO} {OTRA PERSONA}

Para presentar un cuadro de alguien que está enfermo, herido o deteriorado, {el paciente} {otra persona actuando en lugar del paciente} finge signos físicos o mentales o síntomas de enfermedad o induce una lesión o enfermedad. Esta conducta se presenta incluso sin beneficios evidentes (como ganancias económicas, venganza o evitar una responsabilidad legal).

Las letras pequeñas

Las D: — Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos; trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad; trastornos relacionados con trauma o con estrés; trastornos disociativos y neurocognitivos; simulación).

Notas de codificación

Diagnosticar:

Trastorno facticio aplicado a uno mismo. El perpetrador también es el paciente.

Trastorno facticio aplicado a otro. El perpetrador y la víctima son dos individuos diferentes. En el perpetrador, se aplica el código del trastorno facticio; en la víctima, se aplica un código que refleje el abuso.

En los dos tipos, especifica:

Episodio único.

Episodios recurrentes.

Melissa

Todo empezó con un tobillo torcido en una práctica de fútbol cuando tenía 8 años de edad. Al dirigirse hacia la red, Melissa se cayó; tuvo que quedarse sentada el resto de la práctica. El médico familiar diagnosticó una luxación leve, y recomendó hielo y unos días de “tomárselo con calma”. A pesar de que esta prescripción pareció ayudar al principio, el dolor limitó su movilidad. Con el tiempo, tuvo que quedarse en cama y recibir tutorías en casa. Pero cuando se le pusieron azules los dedos del pie y se quejó de entumecimiento y hormigueo en la pierna izquierda, Melissa ingresó al hospital. Ahí la vieron un ortopedista del deporte y un neurólogo.

A pesar de las atenciones devotas de su madre y de los esfuerzos terapéuticos cada vez más heroicos, el dolor se volvió tan intenso que Melissa no podía mover el pie y no dejaba que nadie más que su madre la tocara. Los resultados de la imagen por resonancia magnética y de la electromiografía, así como de estudios detallados de la química corporal fueron normales. El cambio de color y la temperatura de la pierna alarmaron a los médicos lo suficiente para que la transfirieran a la unidad de cuidados intensivos. Ahí, separada de su madre, la mejoría de Melissa fue casi milagrosa. Después de una semana, se había recuperado lo suficiente para regresar al piso pediátrico. Sin embargo, el día previo a ser dada de alta el dolor y la mancha regresaron.

Se convocó otros médicos, pero dos semanas después Melissa estaba otra vez muy deteriorada. Desarrolló espasmos mioclónicos en su pierna izquierda y en el pie que la hacían patear sin control. Su madre, enloquecida, rogó que acudieran más médicos. El aumento en las dosis de los medicamentos contra el dolor entorpeció los sentidos de Melissa de modo que dormía la mayor parte del tiempo; cuando estaba despierta, a menudo estaba desorientada y hablaba con torpeza. Los diagnósticos iban desde

enfermedad degenerativa de la médula espinal hasta un mioclono psicógeno.

Al final, un neurólogo sugirió monitorear subrepticamente con una cámara de video la cama de Melissa. Al día siguiente, el equipo de tratamiento observó un horror y fascinación que, mientras la madre consolaba a su hija acariciando su cabello también apretaba con suavidad el torniquete en la pierna lastimada. Antes de que pudieran notificar a las autoridades y se tomaran medidas de protección, Melissa y su madre se escabulleron del hospital y desaparecieron.

Evaluación de Melissa

Aparte de la identidad del perpetrador, las Características esenciales (y los criterios del DSM-5) del TFAU y TFAO son exactamente los mismos. En el caso de Melissa, el video permitió ver que hubo una deliberada falsificación de los signos y síntomas (criterio A). Sin evidencias de una ganancia material (C), la madre presentó a Melissa como si estuviera enferma (B).

Desde luego, antes de decidir que una persona tiene el TF, se deben considerar todas las **afecciones médicas** que puedan causar los síntomas; al igual que en otros trastornos mentales, las etiologías físicas (y el uso de sustancias) están en los primeros lugares del diagnóstico diferencial. Sólo después de que el equipo de tratamiento los había considerado todos, empezó a sospechar de un juego sucio. En el caso de adultos con TFAU, también debe considerarse la **simulación**. Sin embargo, no se conocen casos de niños pequeños que se hayan infligido dolor o trauma a sí mismos, tampoco, por cierto, que hayan falseado otros signos o síntomas de enfermedades físicas o mentales.

Y sin embargo, este diagnóstico se basa en una evidencia que no se tiene: el estado mental de la madre. Se puede observar que en el caso del TFAO, el perpetrador es quien recibe el diagnóstico. La madre de Melissa huyó antes de que se determinara su motivación y antes de que el bienestar de su hija pudiera ponerse en resguardo. Por lo tanto, los clínicos no pudieron considerar ni descartar padecimientos como el **trastorno delirante** o algún otro **trastorno psicótico**, como lo exige el criterio D. Sólo se puede suponer que la madre no tenía otro trastorno mental que explicara mejor los síntomas.

Como en la mayoría de los casos en que el paciente es un mero vehículo de la conducta del perpetrador, también se usará un código Z por el maltrato físico del niño por parte de la madre. Si Melissa hubiera sido el objeto de interés clínico, el número de código sería diferente: Z69.010.)

Desde luego, debido a la falta de información, sólo se puede sospechar la existencia de un **trastorno de la personalidad**. Del mismo modo, no se podrían hacer otros diagnósticos mentales mayores, aunque posiblemente estuvieran justificados. Ni siquiera se podría adivinar una puntuación GAF. Sí se sabe que la madre había atacado a Melissa con el torniquete en más de una ocasión, lo que no permite emplear el especificador. Por

lo tanto, el diagnóstico completo de la madre de Melissa sería:

F68.10 Trastorno facticio aplicado a otro, episodios recurrentes

Z69.011 Perpetrador de maltrato físico infantil por parte de uno de los padres

GAF 0 (información insuficiente)

Debido a que el maltrato infantil es un delito, el equipo de tratamiento tenía el deber de informar la situación a las autoridades correspondientes.

Nunca se sabrá exactamente por qué la propia Melissa no reveló la razón de su descenso en ese torbellino médico. Su silencio, sin duda, depende de la fuerza del lazo familiar y de la renuencia de los niños, aun cuando sufren las formas más infames de maltrato, para revelar secretos acerca de sus padres y de otras personas que los aman y los lastiman.

Si Melissa hubiera ayudado a su madre a producir signos o síntomas falsos de una enfermedad médica, ella habría sido acreedora al mismo diagnóstico, más o menos: TFAU. A veces, eso es lo que ocurre con niños mayores, adolescentes y adultos que son víctimas nominales, pero eso rara vez es lo que sucede con un niño tan pequeño como Melissa. La puntuación del CGAS de Melissa sería relativamente alto (se debe recordar que esta puntuación se determina sólo a partir de su estado mental, del deterioro debido a limitaciones físicas o ambientales). El diagnóstico completo de Melissa sería el siguiente:

Z69.010 Víctima de maltrato físico infantil por parte de uno de los padres

G25.3 Mioclono

CGAS 85

EVALUACIÓN DE TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO

Sugerencias generales

El TFAO pone a prueba las habilidades de los entrevistadores más experimentados ya que los propios perpetradores tienen una gran experiencia en ocultarse. Y sus víctimas, sea por miedo, amor o simple incapacidad para percibir algo malo, mantienen en secreto el maltrato. Cuando se está frente a un posible TFAO, se debe enfocar en las conductas y las características de personalidad del cuidador principal, quien casi invariablemente es el perpetrador. Estos adultos casi nunca son psicóticos, pero tienen antecedentes del TSS/trastorno de somatización. Casi siempre tienen un trastorno de la personalidad, con un estilo de personalidad extraño, bullicioso, demandante, histriónico o vago. Entre sus características se encuentran las siguientes:

- Halagos efusivos a las personas que intentan engañar.
- Como caricatura de un buen padre, atenciones excesivas con un niño enfermo negándose, tal vez, a alejarse del lecho por días enteros.
- O en su lugar, falta de la preocupación apropiada por un niño que no responde al tratamiento y que puede estar sumamente enfermo.

- A veces, un conocimiento notable acerca del padecimiento médico del niño.
- A menudo, una relación cercana con una de las profesiones del cuidado de la salud.

Factores de desarrollo

Estos niños presentan toda clase de síntomas facticios, pero la edad ayuda a determinar algunos patrones básicos. Los bebés y niños de hasta 3 años tienden a presentar apnea, cianosis (piel azul) y convulsiones, mientras que los niños mayores presentan síntomas gastrointestinales como diarrea y vómito. Otros síntomas pueden ser ataxia, dolor de cabeza, parálisis o debilidad.

Los niños pequeños no pueden proporcionar mucha información sobre su estado de salud. La mayoría de los adolescentes y los niños mayores tienen el conocimiento (y quizá el juicio) para determinar que algo está mal, pero ¿revelan información crítica sobre uno de los padres u otro cuidador? Para algunos, es de utilidad un enfoque que hace hincapié en la verdad y la confianza entre el paciente y el clínico. Se podría decir, por ejemplo, “es de gran importancia que establezcamos qué sucederá aquí. Voy a hacerle algunas preguntas sobre su problema. Si usted siente que no puede responder sinceramente, no mienta, porque eso nos confundirá. Sólo diga, ‘Prefiero no hablar de eso por ahora’. ¿De acuerdo?” Para otros, tienes que confiar en la observación y en las pruebas médicas.



Capítulo 19

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos primarios

Cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se define por conductas que el mundo considera anormales, aunque los propios pacientes las vean como partes normales de sí mismos (egosintónicas). Algunos trastornos tienen otras características en común. Los pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa pueden darse atracones, purgarse con laxantes y hacer ejercicio de manera excesiva. Los dos padecimientos se encuentran principalmente en niñas y mujeres jóvenes; el inicio suele ser en la adolescencia y es común en esta población.

Pica. El paciente come materia que no es comestible

Trastorno de rumiación. La persona regurgita de manera persistente y remastica la comida que ya se ha comido.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de la comida. El niño no come lo suficiente, y esto lo lleva a perder peso o a no subir de peso.

Anorexia nerviosa. A pesar de tener un peso notablemente bajo, las pacientes restringen de manera muy estricta su ingesta de alimentos debido al intenso temor de subir de peso o engordar.

Bulimia nerviosa. Las pacientes comen en atracones, luego evitan subir de peso induciéndose vómito, purgándose y haciendo ejercicio. Aunque la apariencia es importante para autoevaluarse, no tienen una imagen corporal distorsionada.

Trastorno de atracones. Una persona come en atracones, pero no trata de compensar vomitando, haciendo ejercicio ni usando laxantes.

Otro trastorno de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos, especificado o no especificado. Estas categorías abarcan trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos que no cumplen todos los criterios de ninguna de las entidades antes mencionadas.

Otras causas de ingesta anormal de alimentos

Cambios en el apetito y el peso son característicos de los episodios maníacos y depresivos mayores (>>>) y del trastorno de síntomas somáticos (>>>). Los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos pueden desarrollar hábitos extraños de ingesta de alimentos (>>>).

INTRODUCCIÓN

La pica se ha conocido por cientos de años; el trastorno de rumiación se introdujo como categoría diagnóstica en el DSM-III. El trastorno de atracones apenas en el DSM-5 se convirtió en una categoría diagnóstica oficial. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos es el diagnóstico del DSM-5 que reemplaza al trastorno de la alimentación de la infancia o la niñez temprana. No se conocen las tasas generales de prevalencia de estos padecimientos, pero es probable que sean muy bajas. También se debe observar que los primeros tres trastornos que se mencionan a continuación formaron parte del primer capítulo del DSM-IV, que ahora se denominan trastornos del neurodesarrollo.

F98.3 PICA

Proveniente de la palabra *magpie* (el género científico de esta ave es *Pica*), pica es un término que se aplica a la conducta alimentaria anormal desde hace, al menos, cuatro siglos –quizá debido a que alguien que veía a estas aves grandes, con plumaje blanco y negro, recoger barro y lodo para construir sus nidos supuso que, en realidad, estaban comiendo. La pica (véanse todos los criterios las Características esenciales correspondientes) se ha asociado durante siglos con dos grupos: niños pequeños y mujeres embarazadas.

La tierra es una de las sustancias más comunes que estas personas ingieren, pero cualquier sustancia sin propiedades nutritivas –ceniza, yeso de las paredes, jabón, cerrillos usados o (poco comunes) incluso heces– cabe en la definición. En algunos pacientes, la pica puede ser señal de una deficiencia de hierro. Otros pueden desarrollar diversas complicaciones médicas. Los niños que comen pintura pueden intoxicarse; la ingesta de cabello y otros materiales voluminosos indigeribles pueden provocar una obstrucción intestinal.

Los individuos con trastorno del espectro autista o discapacidad intelectual tienen una inclinación especial a desarrollar pica, cuyo riesgo aumenta con la gravedad del trastorno.

Las mujeres adultas con el padecimiento tienen mayores probabilidades de tener antecedentes familiares de pica y una historia personal del trastorno que data de su infancia. Entre los niños afectados, son comunes los antecedentes de negligencia y estatus socioeconómico bajo. La conducta suele empezar entre el primero y segundo año de vida, y puede desaparecer espontáneamente al inicio de la adolescencia o cuando se corrige la anemia por deficiencia de hierro. Cuando se diagnostica en adultos, el número de su código de CIE es diferente (F50-8).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA PICA

El paciente persiste en comer tierra o alguna otra cosa que no es alimento.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (1+ meses en alguien que al menos tiene 2 años de edad) Diagnóstico diferencial (déficits nutricionales, conducta normal de la etapa de desarrollo actual, trastornos psicóticos, práctica avalada por la cultura a la que pertenece la persona).

Notas de codificación

Especifica si: **En remisión.**

Código correspondiente a la edad del paciente

F98.3 Pica en niños

F50.8 Pica en adultos

Melanie

Melanie tenía 12 años cuando sus padres murieron en un accidente automovilístico, y ella se fue a vivir con su hermana mayor a Philadelphia. Niña delgada, poco habilidosa que ansiaba tener amigos, Melanie siempre estaba en los márgenes de un grupo social en la escuela. Así que cuando cumplió 14 y estuvo en su primer año de bachillerato, los pocos que la conocían no salían de su asombro al enterarse de que ella estaba embarazada. “Ni siquiera creo que alguna vez haya tenido ciclos menstruales”, señaló su hermana, “y nunca he oído nada acerca de un novio”.

Incluso entonces, el embarazo se descubrió cuando su hermana la encontró una tarde en el patio trasero comiendo tierra fertilizada. Ocurrió varias veces en los 2 meses pasados, y ni siquiera Melanie podía explicar su conducta “No sé por qué lo hago, sólo lo hago”. La llevaron con un pediatra, y éste diagnosticó anemia y un embarazo de cuatro meses. Aunque nunca antes había comido tierra, su hermana recordó que, alrededor de los 3 años de edad, Melanie recogía goma de mascar del suelo y otros materiales de un

parque cercano y se los metía a la boca.

Evaluación de Melanie

La conducta de comer materia sin valor nutricional (al menos no para los seres humanos) se había mantenido por más de un mes (criterio A) y es ajena a la cultura a la que Melanie pertenece (C). Tenía la edad y madurez suficientes (primer año de bachillerato a la edad de 14 años) para considerar que su etapa de desarrollo no explica sus síntomas (una conducta de ese tipo se consideraría que se debe a la inmadurez de un niño de 2 o 3 años –criterio B). Otros trastornos que pueden encontrarse junto con la pica son **esquizofrenia** (pero Melanie no explicó su conducta mediante delirios). Ningún dato sugería **trastorno del espectro autista**, en el cual a veces se encuentran hábitos inusuales de ingesta de comida (D).

Aunque no puede hacerse un diagnóstico de trastorno de la personalidad, las relaciones sociales relativamente pobres de Melanie indicaban características de evitación. El hecho de que los rasgos de personalidad requirieran una evaluación más profunda se tendría que hacer explícito en una o dos oraciones en el resumen diagnóstico –el DSM-5 no permite hacer un “diagnóstico diferido”. Por el momento, el diagnóstico de Melanie sería.

F98.3 Pica en niños

Z33.1 Embarazo normal

CGAS 65 (actual)

F98.21 Trastorno de rumiación

En la rumiación, el individuo regurgita un bolo de comida desde el estómago y lo mastica otra vez. Esto es parte normal de proceso digestivo de los bovinos, ciervos y jirafas, por lo que se denominan **rumiantes**. En los seres humanos, es anormal y puede provocar complicaciones físicas. Cuando las personas rumian, no sienten náuseas ni asco; de hecho, en la mayoría de los casos, la comida se vuelve a tragar para ser digerida otra vez. Sin embargo, algunas personas (sobre todo los niños muy pequeños y en los que tienen discapacidad intelectual) lo escupen. Luego, puede aparecer desnutrición, falta de desarrollo (en los más pequeños) o vulnerabilidad ante las enfermedades. La tasa de mortalidad es hasta de 25% de acuerdo con algunos informes.

El trastorno de rumiación es poco común, pero es más frecuente en hombres que en mujeres. Casi siempre se desarrolla en bebés después de que se introducen alimentos sólidos en su dieta. Al principio, puede no estar presente la regurgitación voluntaria. A menudo, el reflujo gastroesofágico desencadena el inicio. El acto de rumiar puede estar asociado con padecimientos médicos como hernia de hiato, aunque el criterio B del DSM-5 nos exige descartar el diagnóstico de trastorno de rumiación si un padecimiento como ese está presente. Se desconoce la causa, pero los problemas sociales (interacción padre-hijo anómala) pueden ser un factor. A veces, la incapacidad intelectual es

comórbida.

Los criterios (y las Características esenciales) son bastante descriptivos, por eso no se presenta ninguna viñeta en esta sección.

Las personas con discapacidad intelectual sufren afectaciones con mayor frecuencia a causa del trastorno de rumiación en comparación con personas que tienen una capacidad intelectual dentro del rango promedio, aunque se han llegado a encontrar adultos con este trastorno y sin discapacidad intelectual. Algunos niños con retrasos del desarrollo encuentran estimulante la regurgitación o encuentran consuelo en ella. En la mayoría de los casos, la conducta disminuye espontáneamente, aunque se mantiene a lo largo de toda la vida. De acuerdo con un informe, Samuel Johnson fue un adulto rumiador: los conocidos del lexicógrafo del siglo XVIII notaban la conducta de “masticar el bolo”. También se cree que tenía el trastorno obsesivo-compulsivo. La rumiación, cuando es lo suficientemente grave para justificar que el paciente reciba atención clínica independiente, se puede diagnosticar incluso en el contexto de otro trastorno mental.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE RUMIACIÓN

Al menos durante un mes, el paciente ha estado regurgitando la comida.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (1+ meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, discapacidad intelectual y otros trastornos de la ingesta de alimentos).

F50.8 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Los niños con el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA), en esencia, consumen muy pocos alimentos para estar bien nutridos. No siempre es clara la razón para hacer esto, pero no se debe al miedo a subir de peso o a verse gordo (como en la anorexia nerviosa). A algunos pacientes no les gusta la calidad (textura, color, sabor) de ciertos alimentos; a otros les preocupa repetir la experiencia de vomitar o de ahogarse con la comida. O tal vez hay un problema emocional o conductual más general (por ejemplo, un bebé es demasiado irritable o tiene demasiado sueño para alimentarlo). En individuos mayores –incluso se puede diagnosticar TERIA en adultos–, puede tener un papel la preocupación por las consecuencias de los alimentos para la salud.

Una nutrición inadecuada puede hacer que estos niños sean irritables o retraídos. En casos extremos en que el desarrollo se detiene, se describe con frecuencia negligencia,

abuso y psicopatología de los padres. Los problemas no orgánicos que detienen el desarrollo se han relacionado con diversos padecimientos aparte del TERIA, entre los que se encuentran el trastorno de rumiación, el trastorno de apego reactivo y los trastornos del sueño relacionados con la respiración. Sin embargo, ya ha desaparecido la idea de las ediciones anteriores del DSM según la cual la evitación de la comida forzosamente era resultado de un vínculo fallido madre-hijo.

Derek

Deborah sólo tenía 17 años de edad cuando nació su primer hijo. Horas después del parto, ya había dejado al pequeño Raymond con sus familiares, puso toda la ropa que podía llevar en una mochila, se dirigió a San Diego, donde trabajó de mesera. Ahora Raymond casi tenía 13 años y vivía con su abuela paterna en la costa de Oregon, y hacía años que Deborah no pensaba en sus bebés. Más allá de tomar pastillas de hierro y visitar al obstetra dos veces, no se había preparado para tener otro bebé. Pero éste se lo quedó, aunque Derek implicaba grandes dificultades para una madre soltera que tenía que trabajar.

Cuando Deborah estaba en el trabajo, una mujer inmigrante que casi no hablaba inglés cuidaba a Derek desde el piso de arriba. “No le hable más que inglés,” ordenó Deborah con irritación. “No quiero que crezca con un acento de otro lado”. Cuando regresaba del trabajo, estaba demasiado cansada para poner mucha atención. En consecuencia, Derek pasó la mayor parte de su primer año viendo las paredes de su cuna.

Cuando estaba por cumplir su primer año, fue la niñera quien, con palabras titubeantes, señaló que Derek aún pesaba un poco más de 6 kg -de hecho, en los últimos meses no había subido un solo gramo de peso. Ella notaba que, al tratar de alimentarlo, él lloraba y volteaba la cabeza o alejaba la cuchara. “Simplemente, no quiere comer,” dijo. Las ocasiones en que la propia Deborah intentaba alimentarlo a menudo terminaban en llanto de los dos.

Cuando, al fin, fue llevado a una clínica para bebés, se estableció que Derek estaba desnutrido y había padecido negligencia, por lo que fue hospitalizado para ser evaluado con mayor detenimiento.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Sin anomalías en la autoimagen, el paciente come demasiado poco para crecer o subir de peso (en el caso de adultos, para mantener una nutrición o un peso adecuados). En consecuencia, puede ser necesaria una alimentación enteral o puede haber una interferencia

con el funcionamiento personal.

Las letras pequeñas

Las D: • Diagnóstico diferencial (padecimientos médicos; anorexia nerviosa; prácticas culturales aceptadas; trastornos psicóticos, del estado de ánimo o de ansiedad; trastorno facticio).

Notas de codificación

Especifica si: **En remisión.** El paciente no ha cumplido con los criterios de lo que el DSM-5 denomina “un periodo sostenido de tiempo”.

Evaluación de Derek

El hecho de no subir de peso (criterio A) y el testimonio de la niñera en relación con que Derek no comía de manera adecuada fue suficiente para cumplir con el principal criterio del TERIA. Sin embargo, este diagnóstico no podía ser definitivo mientras los exámenes adecuados de laboratorio y radiográficos no descartaran otras causas que impidieran el crecimiento como **trastornos endocrinos, gastrointestinales y neurológicos (D)**. No se conocen prácticas culturales que pudieran estar relacionadas, y si había alimentos adecuados disponibles (B). A la edad de Derek, y sin evidencia de problemas con la imagen corporal, la anorexia nerviosa y la bulimia quedan descartadas (C).

Aunque Derek estaba limpio, se hizo el diagnóstico de negligencia infantil con base en la falta de estimulación psicológica adecuada. Dependiendo del resultado de los exámenes médicos, además del peso bajo, se tendría que codificar desnutrición. Se deben explorar posibles síntomas del trastorno del espectro autista, que puede ser comórbido con el TERIA; un niño mayor estaría en riesgo de presentar un trastorno de ansiedad. Su diagnóstico inicial sería el siguiente:

F50.8 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

R6251 Detención del crecimiento (niño)

Z69.010 Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental

CGAS 65 (en el momento del ingreso)

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA INGESTA DE ALIMENTOS EN LA INFANCIA TEMPRANA

Sugerencias generales

Aunque la observación directa de padres e hijos a la hora de comer revela mucho acerca de los trastornos tempranos de la

conducta alimentaria y la ingesta de alimentos, la mayor parte de la información acerca del trastorno de rumiación y del TERIA proviene de los padres. Para provocar conductas asociadas con la pica, se puede preguntar a los niños mayores: “¿Te gusta probar cosas que otras personas no comen? ¿Alguna vez has comido tierra, ceniza, jabón o algo como eso?” Desde luego, los niños no son comunicativos cuando se trata de conductas que hacen que los adultos frunzan el ceño, así que se puede introducir la pregunta diciendo “Algunos niños comen cosas que no se comen”. Por otro lado, la pica a veces sólo aparece en los exámenes médicos como falta de hierro y desnutrición. Observar otras conductas orales, como morderse las uñas y chuparse el dedo es importante. A veces, la TERIA se reconoce al fin, cuando, después de la hospitalización y de ser alimentado por enfermeras sensibles, un niño con bajo peso aumenta de peso con rapidez.

Factores de desarrollo

Estos tres trastornos se presentan en etapas tempranas de la vida; el trastorno de rumiación y el TERIA suele empezar en el curso del primer año de vida. Los niños de 2 o 3 años de edad se llevan casi cualquier cosa a la boca, así que no se debe hacer el diagnóstico de pica a menos que esta conducta inadecuada dure más de 1 mes en un niño que haya dejado atrás esas edades.

ANOREXIA NERVIOSA

F50.2 BULIMIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el ahora trastorno de atracones (TA; se tratan por separado más adelante), por lo general, surgen en la segunda parte de la adolescencia. Es más frecuente en mujeres jóvenes; los hombres constituyen menos de la tercera parte de todos los pacientes con AN y BN. Aunque se han mencionado casos de AN en los últimos 200 años de la literatura, la BN se identificó hace apenas unas décadas. Sin embargo, la BN ahora es por mucho el trastorno más común de estos dos, pues afecta a casi 2% de las adolescentes encuestadas. En la misma encuesta, cerca de 1% tenía AN. La prevalencia del TA fue de alrededor de 2%.

Los pacientes con AN y BN tienen en común varias características. Tienen hábitos de ingesta de alimentos inusuales y dan gran importancia a su peso y su figura. Controlan su peso por medios inadecuados (purgas, ayuno o exceso de ejercicio). Los dos trastornos pueden tener graves consecuencias para la salud. Aunque la mayoría de los casos de AN se resuelven de manera espontánea o con tratamiento, cerca de 5% de estos pacientes con el tiempo presentan complicaciones de su enfermedad. El pronóstico de vida es mejor para los pacientes con BN, quienes no obstante parecen desnutrición o desequilibrios electrolíticos debidos a la pérdida de fluidos corporales. Estos trastornos se

presentan a menudo en distintos momentos en el mismo individuo, como lo muestra la historia de Camila.

Camila

“Esto ya va más allá de mí. Hasta cuando mi peso es normal, sigo estando toda grumosa”.

En los últimos 4 años, Camila había tenido problemas con la ingesta de alimentos. Habían empezado en el bachillerato, en la clase de educación física del segundo año, cuando notó que parecía más gorda que casi todas las demás adolescentes. Incluso años después, ella creía que había algo de cierto en esto; aún recordaba el horror cuando la atormentaban con los “michelines”. Cualquiera que haya sido la realidad, cuando cumplió 15 años decidió que nunca más se arriesgaría a que la llamaran gorda. Entró a un Club de la Salud, una organización de niñas de su escuela que intercambiaban consejos sobre dietas y se apoyaban entre sí para bajar de peso. Varios años antes, este club se volvió clandestino luego de que varias de sus integrantes fueron descubiertas distribuyendo pastillas de dieta. Una vez que el club fue prohibido, los padres y maestros ya no tuvieron control de qué medicamentos y qué otras cosas usaban las jóvenes.

Camila había tenido un éxito extraordinario con la dieta. Del peso más alto que llegó a alcanzar, 61 kg (y una estatura de 1.60), mediante una estricta dieta y ejercicio intenso, había bajado casi 18 kg. Incluso entonces, pensaba que los michelines todavía se veían, así que empezó a usar laxantes y diuréticos, que conseguía a través de una de sus compañeras. Aunque logró bajar otros 4 kg, el espejo confirmaba sus peores temores: todavía se veía gorda. Para entonces, comía sólo unas 400 calorías al día, y un poco de eso lo vomitaba; de su Club de la Salud había aprendido cómo vomitar a voluntad.

A medida que el peso de Camila bajaba a 38 kg, sus padres al final se alarmaron lo suficiente para internarla en un hospital. Seis meses de tratamiento, educación y miedo (mientras estuvo ahí, otra paciente casi de su edad murió por desnutrición) surtieron efecto. Fue dada de alta con un peso saludable de 53 kg, y sus periodos menstruales, ausentes durante casi un año, volvieron a empezar. Para protegerla de las consecuencias adversas de seguir en contacto con otros miembros del Club de la Salud, su familia se mudó al otro extremo del condado. Con el tiempo salió de esa escuela, pero nunca perdió la sensación de que había algo terriblemente malo con la figura de su cuerpo.

Después del bachillerato, Camila tomó un curso de negocios y comenzó a trabajar en el área de secretariado de una compañía de seguros. En cuanto pudo pagarlo, se mudó a un pequeño departamento. Una vez libre de la mirada vigilante de sus padres, sus hábitos de alimentación se deterioraron con rapidez.

Casi un año antes de la presente evaluación, empezó a consumir grandes cantidades de comida en periodos muy cortos de tiempo. En el cine, podía comerse unas palomitas

“tamaño familiar” y una bebida de cola gigante; en casa, se comía un cuarto de yogurt congelado en un solo episodios de *La ley y el orden*. Debido a que aún tenía un miedo patológico al sobrepeso, solía regurgitar la mayor parte de lo que comía. En semanas recientes, estos episodios de atracones habían ocurrido hasta dos o tres veces a la semana; ahora se extendían más allá de los refrigerios y afectaban sus comidas regulares. Le dijo al entrevistador, “Cuando como sola, he vomitado hasta medio kilogramo de un paquete de espagueti y dos latas crema. No como en atracones todos los días, pero una vez que empiezo no puedo detenerme”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Estas pacientes suelen ser niñas o mujeres jóvenes, 1) comen tan poco que muchas parecen esqueletos; sin embargo, 2) siguen teniendo miedo de la obesidad o el aumento de peso y 3) tienen una percepción distorsionada de sí mismas, pues se ven gordas.

Las letras pequeñas

Algunas pacientes pueden no admitir su miedo al sobrepeso, pero de todos modos toman medidas para evitarlo.

Las D: • Duración. (Se debe observar que los criterios diagnósticos no especifican realmente su duración. Sin embargo, no piden que se especifique el subtipo que se aplica en los 3 meses previos, lo cual sugiere una duración mínima). • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de síntomas somáticos, bulimia nerviosa).

Notas de codificación

Especificar el tipo que se aplica a los 3 meses previos:

F50.02 Tipo con atracones/purgas. La paciente se ha purgado en repetidas ocasiones (vomitado, usado laxantes, diuréticos o enemas) o comido en atracones.

F50.01 Tipo restrictivo. La paciente no se ha dado atracones ni se ha purgado recientemente.

Con base en el índice de masa muscular (IMM; kg/m^2), se debe especificar la gravedad (el nivel puede aumentar dependiendo del deterioro funcional). En el caso de los adultos, los niveles son los siguientes:

Leve. IMC de 17 o más.

Moderado. IMC de 16 a 17.

Grave. IMC de 15 a 16.

Extremo. IMC menor de 15.

Especificar si:

En remisión parcial. “Por un periodo sostenido,” la paciente ya no tiene un peso significativamente bajo, pero aún se preocupa demasiado por su peso o aún tiene ideas erróneas sobre su peso/figura.

En remisión total. “Por un periodo sostenido,” la paciente no ha cumplido con los criterios de la AN.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA BULIMIA NERVIOSA

La paciente ha perdido el control sobre su ingesta de alimentos, pues come en atracones más comida de lo normal para cierto tiempo. Para controlar el peso, recurre a ayunar, vomitar y sesiones extenuantes de ejercicio físico o abuso de laxantes u otros fármacos.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (semanalmente por 3+ meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de síntomas somáticos, anorexia nerviosa, acciones tradicionales de gracias u otras comidas ceremoniales).

Notas de codificación:

En remisión parcial. Por un “periodo sostenido”, el paciente cumple con algunos, pero no todos los criterios de la BN.

En remisión total. Por “un periodo sostenido”, no se cumple ninguno de los criterios de la BN.

Con base en el número semanal de episodios de conductas compensatorias inadecuadas, especificar la gravedad (el nivel puede aumentar dependiendo del deterioro funcional):

Leve. 1 a 3 episodios a la semana.

Moderado. 4 a 7.

Grave. 8 a 13.

Extremo. 14+.

Evaluación de Camila

Cuando Camila tenía 15 años desarrolló el miedo irracional e intenso de tener sobrepeso (criterio B de la AN) a pesar de que bajaba tanto de peso que otras personas se preocupaban por su salud. Con 61 kg, tal vez tenía cierto sobrepeso tomando en cuenta su edad, pero bajar 18 kg –más de la tercera parte de su peso– claramente la pone en riesgo (A). Cuando se negó a subir de peso, tuvo que ser hospitalizada. A pesar de su marcada demacración, se seguía viendo con sobrepeso (C), y sus ciclos menstruales cesaron durante casi un año. Por lo tanto, cumplía con los criterios de la AN.

En la fase posterior de la enfermedad, Camila se volvió bulímica. Nadie puede dudar de que ella consumiera más comida de lo normal para cierto periodo de tiempo (criterios A1 de la BN). Teniendo lugar varias veces a la semana, estos episodios se mantuvieron a lo largo del año previo (C). Ella controlaba su peso vomitando (B); otros hacen ejercicio excesivo o toman laxantes u otros fármacos. Aunque la imagen de Camila en relación con su propio cuerpo es irrealista y está dominada por la autopercepción (D, “toda grumosa”), esta idea ya no tenía el carácter delirante que había tenido en la fase anoréxica. Por lo tanto, a la edad de 19 años había salido de su episodio de AN, y así cumplió el criterio final de la BN (E).

El apetito alterado se presenta en otros trastornos físicos y mentales. Algunos **trastornos físicos** (como tumores en la pituitaria) se asocian con apetitos voraces y otras

anomalías de la ingesta de alimentos. Otras causas físicas de la pérdida de peso son diabetes, neoplasias y mala absorción intestinal. Los pacientes con **trastornos del estado de ánimo** pueden comer demasiado o demasiado poco, pero no suelen tener la típica autopercepción anormal de la AN. Los pacientes con **esquizofrenia u otros trastornos psicóticos** a veces tienen hábitos de alimentación peculiares, pero casi nunca temen subir de peso, y las pacientes que sólo tienen trastornos de la alimentación no tienen alucinaciones ni delirios. El clínico necesitaría preguntar más sobre los **trastornos de ansiedad y depresivos**, así como algún **trastorno de la personalidad** –la comorbilidad es la regla. El **abuso de los estimulantes** es otra posibilidad que hay que descartar en pacientes que controlan su peso utilizando tales medicamentos.

Al codificar la AN de Camila, el subtipo se determinaría por el hecho de que controlaba su peso purgándose (específicamente, forzándose a vomitar). Su peso más bajo equivalía a un IMC de 15.1; esto corresponde a la categoría de grave, muy cerca de ser extremo. Aunque se ha documentado una frecuencia de episodios bulímicos en sólo 2 o 3 a la semana, parecían estar incrementándose, así que, valiéndonos de las prerrogativas del clínico, se consideraría su BN como moderada. El diagnóstico completo de Camila a la edad de 15 años habría sido el siguiente:

F50.02 Anorexia nerviosa, tipo con atracones/purgas, grave
R634 Pérdida anormal de peso
CGAS 41

Y a la edad de 19, habría sido:

F50.2 Bulimia nerviosa, moderada
GAF 60 (actual)

F50.8 TRASTORNO DE ATRACONES

El trastorno de atracones (TA) tiene dos características principales: una persona consume comida a un ritmo que excede por mucho lo normal, y al hacerlo experimenta la sensación de perder el control sobre su conducta de ingesta de alimentos. Lo que distingue de la BN es que el paciente con TA no tiene la intención de controlar su peso: vómito, laxantes/otros fármacos, dietas y ejercicio.

Las conductas del TA suelen empezar en la adolescencia, y se presentan sobre todo en personas con sobrepeso y sedentarias. Entonces, antes de sentir saciedad, la persona consume con rapidez vastas cantidades de comida alta en grasa, sal y azúcar. Los

resultados: el dolor de un estómago demasiado lleno, y una consciencia cargada de tanta culpa y vergüenza que los siguientes atracones se llevarán a cabo en secreto.

Los pacientes no sienten antojo por comidas específicas; en cambio, la cantidad es la clave. Y lo que comen varía con el tiempo. A diferencia de los pacientes con AN y BN, los pacientes con TA no suelen oscilar de un trastorno de la alimentación a otro. En el caso del TA, las dietas, por lo general, empiezan después que los atracones y el aumento de peso y no antes como sucede con los otros dos trastornos de la alimentación. A menudo, el aumento de peso desencadena la investigación del TA; debido a que los profesionales de la salud a veces no conocen este trastorno, pasan varias consultas antes de llegar al diagnóstico.

El TA afecta a menos del 2% de los adultos y la mitad de eso en adolescentes. Las niñas predominan en una proporción de 2:1; los pacientes con diabetes tipo II tienen un riesgo mayor. No es sorprendente que muchos de estos pacientes tengan sobrepeso y estén obesos (a la inversa, cerca de 25% de las personas con sobrepeso tienen TA). Es comprensible que estos pacientes tiendan a padecer complicaciones médicas como resultado del sobrepeso. Puede haber un componente hereditario pero hasta ahora la investigación acerca de los factores de riesgo del TA está muy por detrás respecto de la de la AN y la BN.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE ATRACONES

El paciente ha perdido el control de su ingesta de alimentos dándose atracones de mucho más comida de lo normal en un periodo de tiempo similar. Durante el atracón, el paciente come demasiado y demasiado rápido (hasta que le duele el estómago de tan lleno que está), pero sin sentir verdadera hambre. Los atracones provocan culpa (a veces, depresión) y que el paciente coma solo (para evitar la vergüenza), pero **no** da por resultado conductas (como vomitar y hacer ejercicio excesivo) que buscan compensar el exceso de comida ingerida.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (semanalmente por 3+ meses) • Malestar por la conducta de ingesta • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo, bulimia o anorexia nerviosa, sobre peso ordinario).

Notas de codificación

Especifica si:

En remisión parcial. Por un “periodo sostenido”, el paciente se ha dado atracones menos de una vez a la semana.

En remisión total. Por “un periodo sostenido”, el paciente no ha cumplido con los criterios del TA.

Especifica la gravedad (el nivel puede aumentar dependiendo del deterioro funcional):

Leve. 1 a 3 atracones a la semana.

Moderado. 4 a 7.

Grave. 8 a 13.

Extremo. 14+.

Extremo. 14+.

Hilty

“Una vez que empezaba, sólo seguía comiendo. Ni siquiera pienso en eso, sólo se desliza.”

Comentó Hilty, de 15 años de edad, a un entrevistador para un proyecto de investigación sobre su experiencia con los trastornos de la ingesta de alimentos en adolescentes. “Lo hago mucho siempre cada que trabajo en el carrito,” explicó Hilty, “y eso es después de la escuela los lunes, miércoles y viernes. Así ha sido todo el año escolar.”

La familia de Hilty tenía y trabajaba un carrito de comida (los *Dumplings*¹ de Dottie), que gozaba de una ubicación de primera en el área céntrica. Dottie (Dorothy, su mamá) hacía y vendía *dumplings* dulces y salados, y otros productos horneados. Usaba recetas que su madre le había dado hacía muchos años, cuando Dottie era niña. “A toda mi familia le gusta cocinar”, dijo Hilty con cierto orgullo. “Y, es triste decirlo, todos usan tallas grandes. Como yo”.

A la pregunta de cuándo empezó a comer en exceso, Hilty respondió, “tal vez empezó cuando trabajaba en el carrito. Tenía que estar lista para atender a alguien que pasara caminando y quisiera algo al instante. Sólo me metía la comida, a veces en unos segundos”.

La mayoría de los atracones de Hilty eran (“Por supuesto”) con *dumplings*, que comía directamente de la cacerola, antes de que siquiera se enfriaran un poco. Pero si no había, podía comerse la mitad de la tarta –salada o dulce, eso no importaba. “En ese momento, ni siquiera puedo decir que tenga hambre, ¡sólo como!”

Si Hilty no estaba trabajando cuando la atacaba la necesidad de comer de más, podía comerse una cena congelada para dos, y lamer la cacerola, o podía vaciar el refrigerador. “A veces estoy tan llena ¡que necesito que me hagan eructar!” Dijo que no usaba laxantes ni pastillas para tratar de limitar su ingesta.

Cuando pesó más de 71 kg, su madre hizo una cita con su médico familiar. “El doctor había envuelto un sándwich en su escritorio. No pude hablarle del problema con la comida. Me sentía muy avergonzada”. Más tarde, trató de ir a Comedores Compulsivos Anónimos. “Cuando les dije lo que hacía, todos me miraron como si fuera un fenómeno”.

Hilty hizo una pausa para contener las lágrimas. “Siento como si fuera alguien más quien lo hace; es casi como si yo no tuviera nada que ver. He tratado de hacerlo sola una vez, pero no funciona. Al final, me doy por vencida. Siento que soy una perdedora total.

Y triunfadora al mismo tiempo.”

Evaluación de Hilty

Varias veces a la semana durante, al menos, medio año (criterio D), Hilty había comido mucho más de lo normal para una sola comida (A1), hasta el punto de que se sentía demasiado llena (B2) y avergonzada (B5). Había tratado de limitarse (A2; los dos criterios son necesarios para hacer el diagnóstico). Sus atracones se hacían con rapidez (B1) y, hasta donde era posible, en secreto para esconder su conducta vergonzosa (B4); sólo se requieren tres de los cinco criterios B. Cuando estaba contando su historia, su angustia era palpable (C), pero negó categóricamente realizar conductas (como vomitar o usar fármacos –Criterio E) para mantener bajo control su peso.

¿Algún otro trastorno explica sus síntomas? Las personas con **depresiones atípicas** experimentan mayor apetito, pero Hilty no había manifestado síntomas de depresión, aunque era evidente que estaba perturbada por su conducta; además, no comía por hambre, sino por el deseo de comer. No tenía una imagen corporal inadecuada, como la que acompaña a la **anorexia nerviosa** (y sin duda ella no era muy delgada), y no realizaba conductas compensatorias como las purga y otras formas para reducir las calorías, como ocurre en la **bulimia nerviosa**.

El simple conteo de los episodios es, en cierto modo, inadecuado para capturar la gravedad de los episodios de atracones de Hilty. Si se siguen rígidamente los criterios, se consideraría el TA de Hilty como leve, porque ocurría sólo tres veces a la semana. Si embargo, valiéndose de la prerrogativa del clínico, debería considerarse un poco más intensa la gravedad del trastorno. Esto haría que el diagnóstico fuera así:

F50.8 Trastorno de atracones, moderado

E66.9 Obesidad

CGAS 85

F50.8 OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA INGESTA DE ALIMENTOS

F50.9 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO

Otro trastorno de la conducta alimentaria y la ingesta de alimento, especificado o no especificado, se deben reservar para los pacientes que tienen problemas relacionados con el apetito, la ingesta de alimentos y el peso, pero que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos incluidos en este capítulo. Muchos de esos problemas (por ejemplo, anorexia en la que el peso es bajo, pero se mantienen dentro del rango normal, bulimia con atracones poco frecuentes, o bulimia sin atracones) cumplen con algunos, pero no con todos los criterios de alguno de estos trastornos. En ese caso, se debe usar la categoría de no especificado. El DSM-5 también menciona el trastorno por purgas y el síndrome de la ingesta nocturna de alimentos dentro de esta categoría; también es posible la existencia de otros síndromes.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Sugerencias generales

La paciente con AN, adulta o adolescente, vive en la negación y rechaza hablar con franqueza de sus conductas de ingesta de alimentos. Es más probable que se tenga éxito con preguntas acerca de su estado de ánimo (que probablemente es deprimido) aunque estas pacientes a menudo hablan con vaguedad sobre sus propios sentimientos. A veces, no se perciben a sí mismas como delgadas –juicio que se debe evitar contradecir. Pueden manifestar repugnancia por su apariencia física o renuencia a comer. Se puede explorar la posibilidad de AN preguntando, “¿Alguna vez has bajado tanto de peso al grado de que los demás te dijeran que te veías demasiado delgada?” Si se sospecha de BN, se debe preguntar “¿Alguna vez has comido tanto de una sola vez que te hayas sentido mal?”

Si es posible, observar la conducta recelosa a la hora de la comida: hacer a un lado comida en el plato, tomar porciones demasiado pequeñas e ir al baño inmediatamente después de comer. Además, se debe estar alerta a la actividad intensa frente a una debilidad notable. Es probable que se encuentre negación de conductas que el paciente sabe que no son aceptadas, como el vómito autoinducido y las purgas. Preguntar sobre dietas, pesarse con frecuencia, hacer y seguir reglas acerca de cuándo y dónde comer, y acerca de llevar listas de alimentos prohibidos. Los pacientes en quienes se sospecha BN manifiestan un alivio de la tensión después de vomitar y purgarse; también se debe preguntar a ellas y a las pacientes con un posible TA sobre su sensación de perder el control (similar al que se experimenta en otras adicciones) ante los atracones. Desde luego, se debe preguntar a todo niño con sobrepeso acerca de sus conductas de ingesta de alimentos.

Factores de desarrollo

En pacientes menores de 14 años de edad con AN, la pérdida grave de peso puede detener el desarrollo. De hecho, no crecer hasta alcanzar la estatura máxima puede ser el resultado. Las pacientes prepuberales también tienen el mayor riesgo de osteopenia.

Notas

¹ *Nota del traductor.* Bola de masa hervida.



Capítulo 20

Trastornos de la excreción

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN

Sólo existen dos trastornos de la excreción (además de las categorías que incluyen todo lo demás):

Encopresis. A la edad de cuatro años o más, el paciente defeca de manera repetida en lugares inapropiados.

Enuresis. Alguien de cinco años de edad o más orina en repetidas ocasiones (ya sea de manera voluntaria o no) en la cama o en la ropa.

Otro trastorno de la excreción, especificado o no especificado. Estas categorías se usan cuando un trastorno de la excreción no cumple con todos los criterios de la encopresis o enuresis.

INTRODUCCIÓN

Si bien la encopresis y la enuresis suelen presentarse por separado, también aparecen juntas, en especial en niños que han sufrido negligencia grave y privaciones emocionales. Las prácticas de entrenamiento del control de esfínteres varían según contexto social y antecedentes culturales de la familia, así que estos trastornos deben ser diagnosticados tomando en cuenta estas prácticas y la edad del paciente. El DMS-5, usando los criterios comunes de la práctica en EUA, ha determinado que ensuciarse después de los cuatro años de edad o mojarse después de los cinco años es suficiente para diagnosticar un trastorno de la excreción. Los criterios de frecuencia y deterioro funcional y social también son obligatorios, para no sobrediagnosticar los accidentes que suceden de vez en cuando en cualquier niño pequeño.

No pocas veces, estos síntomas se presentan primero en el marco de los cuidados primarios o pediátricos, donde las anomalías de los sistemas gastrointestinal y

genitourinario (aunque raras) son a menudo objeto de investigación temprana. El valor clínico, diagnóstico y económico de estos exámenes caros e intrusivos es cuestionable, sobre todo en vista del hecho de que un historial médico cuidadoso es con frecuencia suficiente para hacer un diagnóstico preciso.

Tanto en encopresis como en enuresis, es importante establecer si el trastorno es primario o secundario. En el **trastorno primario**, los síntomas han estado presentes durante todo el periodo de desarrollo (el entrenamiento para ir al baño nunca fue exitoso por completo). En los **trastornos secundarios**, los síntomas ocurren al menos después de seis meses del entrenamiento exitoso para ir al baño. Debido a que estos trastornos se presentan en ambientes de cuidado primario y debido a que los clínicos usan muchos criterios variables, ha sido difícil estimar con precisión la frecuencia de ambos padecimientos.

F98.1 ENCOPRESIS

Por lo general, la encopresis se asocia con estreñimiento. El estreñimiento crónico, quizá relacionado con factores dietéticos como la intolerancia a los productos lácteos, lleva a menudo a padecer grietas alrededor del ano que causan dolor al defecar. Para evitar este dolor, los niños retienen las heces. Negarse a comer, la pérdida de peso y la deshidratación agravan el estreñimiento, lo cual endurece a su vez la deposición y empeora las grietas. La fuga de heces no formadas en torno a la impactación en el recto hace que los niños ensucien la ropa y las sábanas de la cama, por lo que necesitan frecuentes cambios de ropa y de sábanas.

Secretos y negación son las características principales de la encopresis que **no** está acompañada de estreñimiento. Los niños ocultan sus deposiciones formadas, blandas, de tamaño normal en lugares inusuales: en cajones de la cómoda, en el bote de la basura, debajo de la cama. Cuando se les pregunta acerca de esta conducta, suelen decir que no saben cómo la deposición llegó ahí. Esta forma del trastorno es menos común que la encopresis asociada con el estreñimiento, y se asocia con estrés y otras psicopatologías familiares. La desorganización (falta de estructura y consistencia conductual) caracteriza a muchas de estas familias. Algunos de estos niños pueden haber sido sometidos a abuso físico o sexual, si bien se carece de estudios de grupos de comparación adecuados.

Con predominio de niños varones, la encopresis afecta a alrededor de 1% de niños en edad escolar elemental. El estreñimiento crónico y con encopresis explica el 20% de los padecimientos que se atienden en las clínicas de gastroenterología pediátrica y el 10% de visitas a las clínicas de salud mental infantil. Se debe hacer una evaluación cognitiva completa a los niños que presentan encopresis para eliminar la presencia de retraso en el

desarrollo.

Kent

“Lo obligábamos a aprender a usar el baño,” dijo la madre de Kent. “¡Odiaría pasar por todo eso otra vez!”.

Kent tenía síndrome de Down y un CIT de 68 (WISC-V). Tendría cerca de 4 años cuando dejó finalmente el pañal. Ahora, a los casi 6, había comenzado el primer grado en una clase de educación especial. El padre de Kent, un primer contramaestre en una fragata de la Marina de guerra, se había desplegado en un crucero en el Mediterráneo que estaría en el mar por 6 meses –el segundo en los últimos cuatro años. La tarde previa a que zarpara su padre hubo una discusión muy larga y Kent lloró esa noche hasta quedarse dormido. En las siguientes noches, su madre lloraba varias veces hasta quedarse dormida en la cama de Kent.

Una o dos semanas más tarde, Kent había llegado a casa con los calzoncillos mojados. Su mamá lo golpeó y lo envió a la cama, y sólo le permitió comer cereal en la cena, pero una semana después, su madre encontró heces en uno de los zapatos de su padre. “Estaba detrás de nuestro clóset. Nunca habría visto ahí si no fuera por el olor”, explicó. Durante los meses siguientes, esto sucedió media docena de veces. En cada ocasión, las heces aparecían en un lugar diferente: sobre el escalón de la puerta de enfrente, en el arenero de la niña cerca de la puerta, detrás del retrete del baño de huéspedes. Kent siempre negaba saber cómo había sucedido eso.

El pediatra del hospital de la base naval hizo un historial médico y dietético completo, y realizó un examen rectal, pero no encontró ningún padecimiento físico. La madre de Kent negó incluso tener laxantes en casa. “No sé ni para qué los habríamos necesitado; estoy segura de que él nunca ha estado estreñado”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA ENCOPRESIS

El paciente defeca de manera repetida en la ropa o en otros sitios inapropiados.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (1+ veces al mes por 3+ meses en alguien de 4 años de edad) • Diagnóstico diferencial (trastornos del uso de laxantes y físicos).

Notas de codificación

Especifica el tipo:

Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento

Evaluación de Kent

Kent cumplía con los requisitos de duración y frecuencia (criterio B, al menos una vez al mes por tres meses) de la encopresis; los escondites fueron claramente inapropiados (A). Aunque tenía incapacidad intelectual, su etapa de desarrollo era al menos la equivalente a cuatro años de edad (C). El historial no revela evidencias de ninguna **afección médica general** o **trastorno relacionados al uso de sustancias**, que incluye el uso de laxante, que podría explicar su conducta (D). Aunque la encopresis sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento es el tipo menos común de este trastorno, los síntomas de Kent justifican por completo este especificador. No había evidencia de un **trastorno negativista desafiante** o un **trastorno de la conducta** asociado (que se encuentra más en niños intencionalmente encopréticos) o de **enuresis**. Así, el diagnóstico de Kent sería el siguiente:

F98.1 Encopresis sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento

F70 Discapacidad intelectual leve

Q90.9 Síndrome de Down

Z62.898 Niño afectado por una relación parental conflictiva (padre ausente por guardia militar)

CGAS 55 (actual)

F98.0 ENURESIS

La **enuresis primaria** (es decir, un niño que nunca ha aprendido a controlar la orina) es al menos dos veces más común que la forma secundaria de este trastorno. Por lo general, se limita a mojarse en la noche; en el día, el control de la vejiga es adecuado. Para cuando un niño con estas características es enviado con un profesional de la salud mental, los remedios comunes de evitar tomar líquidos antes de ir a la cama y despertar al niño cerca de la medianoche para ir al baño suelen fracasar; se han descartado padecimientos médicos; y los estudios de la función de la vejiga han resultado negativos. Por lo general, el niño se moja tres o cinco veces a la semana y está demasiado

avergonzado para arriesgarse a dormir con amigos.

En algunos niños, los episodios de enuresis se asocian con la fase IV del sueño no REM, el cual sucede sobre todo durante las primeras tres horas después de haberse dormido. En otros niños, los episodios ocurren más de una vez por noche o durante todo el periodo de sueño sin un patrón reconocible. Aunque el niño con enuresis primaria puede explicar los episodios mediante la narración de sueños en los que orina, despertarlo inmediatamente después de episodios de orinarse en la cama mientras duerme no confirma la presencia de informes de sueño. Cuando los sueños son evocados, no tienen las características de las pesadillas.

La **enuresis secundaria** se desarrolla después de que un niño ya tiene control sobre la orina, ocurre más a menudo de manera casual durante la noche y con frecuencia aparece luego de un hecho traumático, como la hospitalización o separación de los padres. También es más probable que la enuresis secundaria se asocie con pesadillas y otros trastornos comórbidos, por ejemplo TDAH, que la enuresis primaria.

Si bien algunos niños con enuresis tienen infecciones en el tracto urinario o anomalías anatómicas, la etiología sigue siendo desconocida en la gran mayoría de casos. La mayoría de las autoridades citan factores genéticos y retraso en la maduración. Cerca de 75% de niños con enuresis tienen familiar de primer grado con un historial de enuresis. Cuando ambos padres tienen un historial positivo tres cuartos de sus niños tienen enuresis también. Además está muy asociada con el TDAH.

A cualquier edad, la enuresis es más frecuente en niños que en niñas. Aunque la frecuencia total disminuye con la maduración, a los 10 años de edad la disparidad hombre-mujer es de cerca de 2:1 a pesar de que las infecciones del tracto urinario son más comunes en niñas. Por lo general, sólo nocturna es el subtipo más común de enuresis, si bien las niñas con mayor frecuencia tienen el subtipo sólo diurna. De todos los niños de 8 años de edad, de 7 a 10% tiene enuresis de acuerdo con los informes; en la adolescencia temprana, la frecuencia baja en sólo alrededor de 2 a 3%. Incluso un pequeño número de adolescentes entre 17 y 19 años moja aún la cama.

Henry

A los ocho años de edad, Henry fue enviado por su pediatra debido a su problema persistente de orinarse en la cama, el cual ocurría cuatro o cinco veces a la semana. El entrenamiento para ir al baño había sido fácil, y estaba seco durante el día para cuando tuvo 3 años de edad. Sus padres, que no sabían de ningún problema psicológico en la familia o en la vida de Henry, estaban consternados porque lo habían enviado a salud mental. Pero a ellos también les preocupaba que Henry rechazara las invitaciones para pasar la noche con amigos; de igual manera se mostraba renuente a que sus amigos pasaran la noche en su casa.

En los antecedentes de desarrollo y el examen del estado mental de Henry, no había nada fuera de lo común. Él era un ciclista consumado y participante entusiasta en la liga menor de beisbol. Le gustaba su maestra de segundo grado y disfrutaba jugar con sus amigos del vecindario. En realidad, Henry era un niño feliz, bien adaptado, cuyos padres estaban orgullosos de sus logros. Su padre y su tío paterno habían tenido enuresis durante sus años escolares, pero ambos habían superado el problema por completo a los 10 años.

Después de un examen físico y un análisis de orina, no se encontraron anomalías que pudieran explicar su problema, y los padres de Henry recibieron instrucciones para llevar un diario de sueño por dos semanas. Anotaron la hora de acostarse de Henry, su hora de inicio de sueño y la hora de cada episodio enurético. El diario reveló que Henry había mojado la cama en nueve de las 14 noches de las dos semanas del periodo. En siete ocasiones, el episodio ocurrió dentro de las dos primeras horas después del inicio de sueño; dos veces, Henry se mojó entrada la noche.

Junto con una recomendación para despertarlo y llevarlo al baño varias horas después de que él se fuera a dormir, se les dio indicaciones a los padres de Henry para usar una alarma de cama para que no se orinara. En seis semanas, la frecuencia de episodios de Henry habían caído 90%. En el seguimiento de 6 meses, no tuvo que usar más la alarma y estuvo seco de manera consistente.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA ENURESIS

Sin conocer la causa, el paciente orina de manera repetida en la ropa o en la cama.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (2+ veces a la semana por 3+ meses o más en alguien de 5 años o más) • Malestar (o frecuencia como se mencionó antes) • Diagnóstico diferencial (efectos secundarios de los medicamentos y trastornos físicos).

Notas de codificación

Especifica el tipo:

Sólo nocturna

Sólo diurna

Nocturna y diurna

Evaluación de Henry

En Henry había una enuresis manifiesta (criterio A). El único trastorno significativo que se debe considerar en el diagnóstico diferencial de la enuresis es **otra afección** médica

que explique los síntomas. En este sentido, se había encontrado que Henry era completamente normal (criterio D: sin anomalías del tracto genitourinario, ni evidencia de diabetes mellitus o diabetes insípida, ni infecciones del tracto urinario). Henry cumplió con los criterios diagnósticos correspondientes a la edad de inicio (C), frecuencia y duración (B, aunque algunos expertos opinan que el umbral de frecuencia de dos veces a la semana es demasiado estricto).

Debido a que su enuresis ocurrió sólo durante el sueño, se agregó el especificador **sólo nocturno**. Aunque los niños con enuresis pueden tener otras condiciones mentales como encopresis, retraso en el desarrollo y trastornos de sueño, en la historia de Henry no había elementos para sospechar un diagnóstico adicional. Su diagnóstico completo sería éste:

F98.0 Enuresis, sólo nocturna

CGAS 81 (actual)

F98.0 Enuresis, sólo nocturna

CGAS 81 (actual)

¿Debería la enuresis considerarse siquiera un trastorno mental? Aunque los criterios incluyen la ocurrencia intencional, su prevalencia debe ser muy rara. Los síntomas son físicos y la patología es casi exclusivamente fisiológica; el tratamiento es sobre todo proporcionado por pediatras, no por profesionales de la salud mental. Por supuesto, la enuresis puede tener muchas secuelas emocionales – pero entonces lo mismo se puede decir de la obesidad, a la cual ningún experto (sin duda no el DSM-5) considera un trastorno fundamentalmente mental.

OTRO TRASTORNO DE LA EXCRECIÓN ESPECIFICADO

La categoría de otro trastorno de la excreción especificado se usa cuando hay síntomas de encopresis o enuresis que no cumplen con todos los criterios diagnósticos, y se desea hacer explícita la razón. Se deben usar los siguientes códigos de diagnóstico:

N39.498 Con síntomas urinarios

R15.9 Con síntomas fecales

TRASTORNO DE LA EXCRECIÓN NO ESPECIFICADO

La categoría de trastorno de la excreción no especificado se usa cuando hay síntomas de encopresis o enuresis que no cumplen con todos los criterios diagnósticos, y no se desea hacer explícita la razón. Usar los siguientes códigos de diagnóstico:

R32 Con síntomas urinarios

R15.9 Con síntomas fecales

VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN

Sugerencias generales

Hablar de sus síntomas puede ser vergonzoso para algunos niños, pero, por lo general, se tendrá el historial pertinente para hacer el diagnóstico de encopresis o enuresis desde antes. Enfocarse en la naturaleza involuntaria del problema y la esperanza de mejoramiento fomentará a menudo una alianza terapéutica positiva. Para ayudar a construir una relación, usar los términos con que el propio niño se refiere a las heces y la orina (los cuales se obtienen de la entrevista con los padres). Preguntar si el niño siente la necesidad de evacuar o de dolor al defecar. ¿Enterarse de cómo el niño percibe la respuesta de los padres —es de cálido sostén, o es punitiva y fría, o algo intermedio? Obtener información sobre el entrenamiento para ir al baño para el niño con enuresis o encopresis: ¿Qué técnicas se usaron, por cuánto tiempo y con qué resultados?

Los segmentos rectal y de colon que carecen de células nerviosas (segmentos aganglionares) representan el megacolon congénito (enfermedad de Hirschsprung). Durante el primer año de vida, los niños con la enfermedad de Hirschsprung desarrollan síntomas que incluyen distensión abdominal, dolor, desnutrición y encopresis con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento. Para evaluación, se requiere una lavativa de bario y una biopsia intestinal.

Factores del desarrollo

Como con tantas otras conductas, sólo unos pocos años de maduración pueden separar lo patológico de lo que es propio del desarrollo. Con cualquier grupo de criterios que se elijan, la prevalencia de la enuresis es relativamente alta (7 a 33% en niños varones) de 5 años de edad, pero disminuye por un factor de dos a cuatro a los 10 años. Sin embargo, la encopresis es relativamente poco común (alrededor de 1%) durante toda la infancia, con pequeña reducción hasta los años de adolescencia.



Capítulo 21

Trastornos del sueño-vigilia

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

Los trastornos del sueño-vigilia específicos son mucho más raros en niños y adolescentes que en adultos. Aquí se presentan los más comunes. En este capítulo, se describen tres parasomnias, una disomnía y (brevemente) otro trastorno del sueño-vigilia. En muchas otras enfermedades mentales y físicas, los problemas del sueño se presentan como síntomas secundarios más que como trastornos independientes.

En una **parasomnía**, el tiempo, la duración y la calidad del sueño son, en esencia, normales, pero tienen lugar conductas inusuales durante el sueño o cuando la persona se queda dormida o despierta. En este capítulo, se describen tres de las parasomnias incluidas en el DSM-5. Alguien con una **disomnía** duerme demasiado poco, demasiado o en momentos inapropiados del día, aunque el sueño en sí mismo (su arquitectura, como dicen los expertos en el sueño) es bastante normal.

Trastorno de pesadillas. En la tabla 21-1 se contrastan los síntomas de este parecimiento común y fácil de identificar con los de los terrores nocturnos; las características se discuten en la página 365. En *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* de James Morrison se puede encontrar el ejemplo de un caso y una discusión.

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos. Estos jóvenes gritan por un temor evidente en la primera parte de la noche. A menudo, no despiertan en absoluto.

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo. El sonambulismo persistente suele ocurrir temprano en la noche.

Apnea e hipoapnea obstructiva del sueño. Aunque la mayoría de los pacientes con problemas de respiración como la apnea del sueño padecen de somnolencia durante el día, algunos, por el contrario, padecen de insomnio.

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. La mayoría de las sustancias psicoactivas de las que más se abusa, así como varios medicamentos prescritos, pueden interferir con el sueño.

DISTINGUIR ENTRE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

El DSM-5 describe varios trastornos que se pueden categorizar como disomnias (véase la definición arriba). Incluyen los trastornos de insomnio e hipersomnia, la narcolepsia (en la cual un sueño breve, pero reconfortante se introduce en el estado de vigilia lo que hace que el paciente se quede dormido de repente) y el trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia (en el que hay una incompatibilidad entre el patrón de sueño-vigilia del patrón y las exigencias del ambiente). Sin embargo, sólo una disomnia, un padecimiento relacionado con la respiración llamado apnea e hipoapnea obstructiva del sueño, se encuentra con alguna frecuencia en niños y adolescentes.

Aunque hasta 25% de los niños experimenta algún problema de sueño, muchos de ellos corresponden a situaciones que el DSM-5 no contempla: 1) aspectos conductuales que se desprenden de la renuencia del niño para ir a dormir (“tipo de establecimiento de límites” de acuerdo con la *Clasificación internacional de los trastornos del sueño* [ICSD] de la Academia Americana de Medicina del Sueño), y 2) actividades que lo distraen de dormir, como comer, ver televisión o ser mecido (“tipo asociado al inicio del sueño”).

Los dos trastornos del sueño que se encuentran en pacientes jóvenes (sobre todo en niños pequeños) son los terrores nocturnos y el sonambulismo, los cuales El DSM-5 clasifica como parasomnias del despertar (y aparece con nombres más mucho más largos). Son manifestaciones de la activación del sistema nervioso central que suele tener lugar entre la primera y la tercera hora después del inicio del sueño. Los episodios de activación tienen varias características en común: conducta automática; falta relativa de reacción a los estímulos externos; olvido o recuerdo fragmentario de los sueños; confusión mental y desorientación al despertar, y amnesia del episodio a la mañana siguiente. Las parasomnias del despertar tienden a ser hereditarias; los niños con algún tipo de estas parasomnias, con frecuencia, también tienen otro tipo de síntomas. Se pueden distinguir con ayuda de los informes de los padres y sus síntomas típicos, por lo que no se requiere una polisomnografía para hacer el diagnóstico.

Las parasomnias del despertar, que ocurren en la fase de sueño no REM (del inglés *rapid eye movement* [movimiento rápido de los ojos]), se deben distinguir de la que ocurre en la fase REM del sueño, que son mucho más comunes, llamada trastorno de pesadillas. Las pesadillas son sueños cargados de ansiedad de los que el individuo despierta a menudo con un recuerdo detallado. Varias situaciones estresantes, sobre todo las experiencias traumáticas, aumentan la frecuencia y gravedad de las pesadillas. Suelen empezar entre los 3 y 6 años de edad, y afectan a una minoría de niños con la suficiente gravedad para ocasionar preocupación en los padres. En la tabla 21-1 se presenta una comparación breve de los terrores nocturnos y el trastorno de pesadillas. Sin embargo, debido a que los clínicos conocen bien las pesadillas (de hecho, la mayoría de los padres), no se hablará más del trastorno de pesadillas.

Tabla 21-1. Comparación de los terrores nocturnos y las pesadillas		
	Terrores nocturnos	Pesadillas
Ocurrencia en el periodo de sueño	Primeras horas (sueño no REM)	Últimas horas (sueño REM)
Despertar	Difícil	Fácil
Episodio recordado en la mañana	No	Sí
Imágenes del sueño	No	Sí

TRASTORNOS DEL DESPERTAR DEL SUEÑO NO REM

Debido a que tienen mucho en común, el DSM-5 ha reunido dos trastornos del sueño –el sonambulismo y los terrores nocturnos– en una sola entidad, y le dio un nuevo nombre a dicha entidad.

Sin embargo, la definición es más o menos la misma que la de hace algunos años. El nuevo nombre destaca el hecho de que suelen ocurrir en el primer tercio de la noche, es decir, en la fase de sueño no REM.

F51.4 Tipo con terrores nocturnos

Entre 60 y 90 min después de quedarse dormido, el niño (el rango más común es de 3 a 10 años) con el tipo con terrores nocturnos del trastorno del despertar del sueño no REM se sienta de repente, grita y mira fijamente con una mirada vidriosa, que parece no ver nada. Son evidentes los signos de descarga automática -palpitaciones, sudoración y respiración irregular. No se puede calmar y es difícil despertarlo, pero si se despierta se encuentra desorientado y confundido. De lo contrario, después de entre 30 segundos y 5 minutos, el niño se tranquiliza y regresa a su sueño normal; por la mañana no recuerda el evento.

Este padecimiento es común; afecta hasta 6% de los niños (varones y niñas por igual). Comienza en las primeras etapas de la infancia. A menudo, hay antecedentes familiares de terrores nocturnos.

Paul

Paul era un niño de 3 años de edad que fue llevado a evaluación por sus padres, quienes estaban angustiados por los ataques de gritos y agitación que interrumpían su sueño desde hace 6 meses. La mayoría de los días, la niñera de Paul lo cuidaba en casa, pero 2 días a la semana asistía a una escuela con un buen equipo de trabajo con otros 30 niños de su edad.

Su madre describía su rutina de acostarse en las noches del siguiente modo. Después de prepararse para dormir, ella le leía historias de 5 a 10 minutos. Entonces, Paul le daba el beso de buenas noches, abrazaba su osito Teddy y se quedaba dormido sin contratiempos alrededor de las 9:00 pm. Dos o tres veces a la semana, entre las 11:30 y la medianoche, Paul se incorporaba en su cama y empezaba a gritar. Abría los ojos, pero parecía que no veía nada. Traspirando, respirando con rapidez y con palpitaciones, parecía experimentar una terrible angustia. Sus padres trataban en vano de despertarlo y consolarlo, pero Paul no hablaba de manera coherente ni respondía las preguntas. Después de 3 o 5 minutos, el episodio terminaba espontáneamente y pronto regresaba a su sueño normal. A veces, ocurría un segundo ataque de entre 60 y 90 minutos después.

En la mañana, Paul se despertaba renovado y feliz, sin ningún recuerdo de lo que ocurrió la noche previa.

Paul fue un bebé planeado cuyo desarrollo intrauterino y posnatal fue normal. Había alcanzado los logros del desarrollo en las áreas motriz, sensorial y social en los momentos esperados. En el día, era un niño de 3 años de edad curioso, activo, brillante y alegre que era la felicidad de sus padres. Sin embargo, estos habían notado que sus episodios ocurrían con mayor frecuencia cuando pasaba el día en una guardería, y temían que su experiencia ahí fuera abrumadora. El personal de la guardería les aseguró que Paul se desarrollaba bien, aunque por lo general se perdía su siesta. Ésas solían ser las noches en que experimentaba los ataques. La madre de Paul también se sentía responsable de lo que le pasaba al niño por trabajar lejos de casa. El tío paterno de Paul había tenido episodios ocasionales de sonambulismo cuando fue niño.

Mientras su madre relataba la historia, Paul exploraba con curiosidad los juguetes disponibles en el cuarto de examen. Su atención parecía enfocada, y volteaba a ver a su mamá cada vez que pasaba a una nueva actividad. Formó una relación adecuada con el examinador, y pronto jugaban con comodidad al tiempo que el examinador seguía haciendo preguntas a la madre. Después de pedir la autorización de Paul, el examinador pidió a la madre que saliera del cuarto por algunos minutos. Paul toleró la separación sin angustia; a su regreso, la saludó con afecto.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DEL DESPERTAR DEL SUEÑO NO REM

El paciente despierta de manera parcial varias veces con sonambulismo o terrores nocturnos (véanse las Notas de codificación).

Los intentos de los demás por comunicarse con él o consolarlo son inútiles. El paciente tiene poca o ninguna imaginación en ese momento, y tiende a no recordar el episodio a la mañana siguiente.

Las letras pequeñas

Las D: • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos, trastornos de ansiedad y disociativos, otros trastornos del sueño).

Notas de codificación

Especificar el tipo

F51.3 Tipo con sonambulismo. Sin despertar, el paciente se levanta de la cama y camina. El paciente tiene una mirada en blanco; es difícil despertarlo, y casi no responde a los intentos de los demás por comunicarse con él. Especificar si:

Con ingestión de alimentos relacionada con el sueño

Con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia)

F51.4 Tipo con terrores nocturnos. Empezando con un grito de pánico, el paciente se despierta de manera abrupta y muestra miedo intenso y signos de activación del sistema nervioso autónomo, como pupilas dilatadas, respiración acelerada, palpitaciones y transpiración.

Evaluación de Paul

El despertar 2 o 3 horas después de quedarse dormido, su agitación, la activación de su sistema nervioso autónomo (palpitaciones y transpiración) y su falta de reacción ante los intentos de sus padres de despertarlo y consolarlo, todas eran reacciones típicas del trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos (criterio A2). Aunque era evidente su angustia durante cada episodio (D), no manifestaba imaginación onírica (B) y al siguiente día no recordaba nada del episodio (C). Ninguna sustancia podía explicar sus síntomas (E). No se encontraron evidencias que indicaran el **trastorno de pánico o epilepsia psicomotriz**; cualquiera de los dos produce miedo, incluso a media noche (F).

Paul jugaba pesado en la guardería, y sin su siesta habitual, era probable que estuviera más cansado en la noche (las parasomnias del despertar se presentan con mayor frecuencia después de periodos de excesiva fatiga). Las pesadillas se asocian con experiencias estresantes diurnas, pero los episodios del **trastorno de pesadillas** ocurren, por lo general, más tarde, después de 4 o 5 horas de sueño cuando predomina el sueño REM. Entonces, el paciente despierta por completo, está bien orientado y casi siempre puede hacer un relato vívido y coherente. El diagnóstico de Paul no tiene nada de sorprendente:

F51.4 Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos
CGAS 85 (actual)

F51.3 Tipo con sonambulismo

El sonambulismo suele presentarse en el primer tercio de la noche, a veces después de un día en el que hubo una fatiga excesiva o situaciones estresantes inusuales. El individuo se sienta primero y hace ciertos movimientos aleatorios, como levantar las sábanas). A veces, después realiza conductas en apariencia propositivas (vestirse o ir al baño), pero en realidad están mal coordinadas y no se concluyen. El rostro de la persona carece de expresión; el habla, si es que la hay, es ininteligible. Si la persona despierta, suele tener un periodo breve de desorientación. Un episodio puede durar algunos segundos o hasta 30 minutos, y por lo general no deja recuerdos.

Este padecimiento afecta a 20% de los niños (los varones superan a las niñas en número), pero lo superan casi siempre para cuando tienen 15 años de edad. No se considera patológico en niños, pero sí en adultos.

George

El examen de George, de 16 años de edad, se debió a que su padre estaba preocupado. A las 2:00 am un día de ese mes, encontraron a George durmiendo tranquilamente en el dormitorio de su novia. Aunque, al parecer, había caminado más de un kilómetro por calles de los suburbios y usó una escalera que tomó de su cochera para llegar a la ventana del dormitorio, él aseguró que no sabía cómo había llegado ahí. No era claro si estos episodios se habían presentado antes. George no había tenido ataques de terrores nocturnos antes, ni había antecedentes familiares de parasomnias del despertar.

George había tenido peleas ocasionales con sus padres, quienes no se preocupaban por algunos amigos recientes. Hasta hace uno o dos años, había sido un buen estudiante, pero últimamente se había esforzado poco en sus estudios y tenía faltas no explicadas en la escuela. Admitió que consumía marihuana, que según él le ayudaba en sus “reflexiones.” En la entrevista, no parecía deprimido ni ansioso.

Evaluación de George

Debido a que los individuos tienen una mala coordinación y están desorientados durante los episodios de sonambulismo, es muy poco probable que el tipo con sonambulismo del trastorno del despertar del sueño no REM pueda explicar la conducta bien organizada y dirigida a metas de George. Además, para ser diagnosticable, el sonambulismo tiene que presentarse en repetidas ocasiones, no sólo una (criterio A1).

A veces, los ataques de sonambulismo parecen **convulsiones** del sueño, y es necesario el EEG para diferenciarlos. Los **trastornos disociativos** también se parecen a los ataques de sonambulismo, pero suelen durar más, y los episodios continúan en el estado de vigilia. La edad de inicio de George no era la correcta para diagnosticar el **trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos**, con el cual se asocia el sonambulismo; la viñeta también menciona específicamente que George no tenía

antecedentes de terrores nocturnos. Aunque la marihuana no suele causar sonambulismo, sería necesario hacer una evaluación más profunda para descartar el **trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos**, que, en cambio, pueden ser causados por fármacos como los psicotrópicos.

La viñeta no permite hacer un diagnóstico definitivo. Debido a que hay varias posibilidades que aún quedan por explorar, y debido a que los cambios en su conducta en los últimos dos años sugieren que podría tratarse de un trastorno de la personalidad, el diagnóstico de George tendría que ser diferido. Con la información actual de que se dispone, no se puede asegurar de que tenga un trastorno del sueño, a pesar de que no es posible hacer un diagnóstico no especificado. El diagnóstico diferido tendría que registrarse en las notas del caso, ya que el DSM-5 ya no proporciona un código para él. Se asignaría a George un GAF actual de 65 puntos.

Contrario al mito de que las personas que caminan durmiendo nunca se hacen daño, el sonambulismo es peligroso. Los movimientos corporales son torpes y sin propósito, y el juicio está muy reducido. Debido a que una persona se puede lastimar por caídas o choques contra objetos, o salidas a espacios abiertos en el frío (o en la calle), una vez que se detecta el sonambulismo, es importante hacer el ambiente lo más seguro posible. Puertas y ventanas cerradas, y alarmas que se activen cuando el sonámbulo se levante de la cama son útiles para evitar lesiones.

G47.22 APNEA E HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

El principal trastorno relacionado con la respiración que aqueja a niños y adolescente es la apnea del sueño, padecimiento en que la respiración es ruidosa y interrumpida por periodos a lo largo de la noche. La causa suele ser una obstrucción del aire debida a características mecánicas de la boca, la nariz o la garganta; de ahí el nombre formal completo: apnea e hipoapnea obstructiva del sueño (AHOS). El síntoma más leve y evidente son los ronquidos, que por sí mismos son bastante comunes en la infancia y adolescencia (10 a 12% de los niños de primaria ronca). Pero 2 a 3% de los niños de secundaria y tal vez 10% de los niños preescolares dejan de respirar por periodos breves, lo cual puede provocar síntomas físicos, conductuales e incluso cognitivos de distintos niveles de gravedad. En ciertos pacientes el riesgo de AHOS es mayor: niños afroamericanos o hispanos, en situación de pobreza o los que nacieron prematuramente.

La apnea completa por 10 segundos o más presenta una dificultad para respirar

evidente para un observador. El niño se inquieta, suda y se despierta con frecuencia en la noche. Aunque la mayoría de los niños no sufren de síntomas diurnos (comunes en los adultos con AHOS), algunos niños padecen somnolencia matutina y dolores de cabeza. Algunos se vuelven hiperactivos y negativistas; los niños con afectaciones más graves presentan dificultades del aprendizaje. En el peor de los casos, las consecuencias físicas incluyen hipertensión pulmonar, retraso del desarrollo, baja estatura e incluso muerte.

La AHOS es más común en niños que tienen alergias o infecciones múltiples de oído y garganta. Otros factores de riesgo son la obesidad (que parece ser un factor importante sólo en la pubertad), anomalías en la cara o el cráneo, y patologías orales como amígdalas o lengua largas. (De hecho, la amigdalectomía alivia hasta 75% de los síntomas). La historia clínica y el examen físico solos a veces no ayudan a distinguir la AHOS del simple ronquido. Para hacer un diagnóstico definitivo, es necesaria una observación nocturna en un laboratorio de sueño para tomar una polisomnografía.

La AHOS es relativamente común incluso en niños pequeños, y su prevalencia aumenta en adultos. La proporción de niños varones y niñas está equilibrada.

Johann

Cuando Johann tenía 28 meses de edad, su madre solicitó una evaluación, porque era muy pequeño. Aunque su altura y peso estaban por debajo del percentil 3 de su grupo de edad, los exámenes completos endocrino, neurológico, metabólico y gastrointestinal no revelaron una causa física para su tamaño. A pesar de repetidas infecciones de oído y enfermedades respiratorias superiores, las pruebas de audición y los rayos X del tórax resultaron normales. Por la sospecha de una detención del crecimiento relacionada con el estrés, no orgánica, el pediatra envió a Johann y su madre a una clínica de salud mental. Ahí, el clínico descubrió lo siguiente.

La madre de Johann tenía 22 años y era soltera, y tuvo poco apoyo social, pero se cuidó bien durante el embarazo. Johan pesó 3.34 kg, y su puntuación de Apgar fue de 8 y 10. Él y su madre salieron del hospital dos días después del nacimiento. En la revisión de su primer año, pesó 8.84 kg; su desarrollo parecía normal. Luego, debido a que su madre empezó a trabajar en una ciudad lejana, se mudaron, y la clínica perdió la pista de Johann hasta el presente.

La madre de Johann parecía ser un informante confiable. Las relaciones padre-hijo eran cálidas y adecuadamente sensibles. Aparte de su baja estatura, Johann lucía por completo normal; no se observó nada destacable en el examen de su estatus mental y las interacciones lúdicas con el evaluador. Sin embargo, antecedentes de ronquidos propiciaron hacer una historia más detallada de los ciclos de sueño y vigilia. Se encontró que se iba a dormir sin problemas a las 8:00 pm y dormía hasta despertar a las 6:30. No parecía demasiado soñoliento en el día. En la guardería, no tomaba la siesta.

Johann y su madre dormían en el mismo cuarto, así que sabía que la respiración por la boca y el ronquido en la expiración se habían presentado desde el año previo. A solicitud del clínico, se hizo un registro de audio de la respiración de Johann. En él, la respiración por la boca, el ronquido y los repetidos breves de apnea del sueño eran audibles con claridad. La polisomnografía de toda la noche reveló un promedio de 20 episodios por hora de apnea del sueño. En los más prolongados, el nivel de saturación de oxígeno de Johann caía hasta 68%.

Un examen cuidadoso reveló agrandamiento de adenoides, que no había sido detectable en los exámenes previos. En 2 semanas de amigdalectomía y adenoidectomía, la proporción apnea-hipoapnea y desaturación de oxígeno mejoró; su madre informó que su respiración mientras dormía parecía menos pesada. Seis meses después de la cirugía, su peso y altura habían aumentado al percentil 35. Un año después, el crecimiento y desarrollo de Johann habría regresado a la normalidad.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA APNEA E HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

El paciente padece somnolencia diurna que resulta de problemas nocturnos de la respiración: pausas (a menudo largas) en la respiración, seguidas de fuertes ronquidos o resoplidos. La polisomnografía revela apneas e hipoapneas restrictivas.

Las letras pequeñas

Se requieren, al menos, 5 episodios por hora de sueño para hacer el diagnóstico. Si la historia no revela síntomas de respiración nocturna o somnolencia diurna, debe haber 15 episodios de apnea-hipoapnea por hora, detectados por la polisomnografía.

Las D: Ninguna

Notas de codificación

Codificar la gravedad con base en el número de episodios de apnea-hipoapnea por hora:

Leve: Menos de 15.

Moderado: 15 a 30

Grave: 30+.

Evaluación de Johann

La madre de Johann notó que él roncaba y tenía episodios repetidos de apnea (criterio A1a). A menudo no se detectan en los niños la somnolencia diurna, un sueño no reconfortante y fatiga (A1b); sólo se requiere uno de ellos. La polisomnografía confirmó entonces que tenía episodios de apnea (o hipoapnea), con lo que se completaban los criterios requeridos para hacer el diagnóstico. Sin otro padecimiento médico o consumo de sustancias que explique sus síntomas, se realizó una adenoidectomía que alivió por

completo sus síntomas; esta prueba fue definitiva.

Aunque los criterios del DSM-5 no especifican trastornos que forzosamente deban ser descartados, hay varios que de todos modos se deben etomar en cuenta. Otros trastornos afectan el sueño, pero no había razones para sospechar la presencia de ninguno de ellos en el caso de Johann. La **narcolepsia** y los **trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia** podían descartarse de inmediato por falta de los síntomas típicos. A la edad de 3 años, no mostró síntomas de **trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos**.

Con una media de 20 episodios de apnea por hora, se considera la AHOS de Johann en el punto medio del rango moderado. Su diagnóstico completo cuando fue evaluado por primera vez sería el siguiente:

G47.33 Apnea e hipoapnea obstructiva del sueño, moderada

R62.51 Detención del crecimiento

CGAS 90 (en evaluación)

Antes de los antibióticos, el miedo a las infecciones crónicas solía provocar la extirpación de las amígdalas y las adenoides. Ahora, sólo se practica en 25% de los casos anteriores, mientras que la amigdalectomía se practica con mayor frecuencia por problemas de respiración. Dormir mejora inicialmente hasta en 75% de los niños, quienes sin embargo pueden mantener sus mejoras en seguimientos de largo plazo. Aunque hasta ahora sólo se han realizado unos cuantos estudios controlados, estos niños experimentan reducciones significativas en la agresión, hiperactividad y falta de atención. El procedimiento es útil en niños con padecimientos subyacentes tan diversos como el síndrome de Down, asma, parálisis cerebral y obesidad grave.

TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS

Muchas sustancias psicoactivas también producen alteraciones del sueño. Consultar los síntomas en las Características esenciales de la intoxicación por sustancias y la abstinencia ([>>>](#) y [>>>](#)) y las Características esenciales de cuatro trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos ([>>>](#)) en el capítulo 24. La tabla 24-1 ayuda a redactar el diagnóstico y agregar los códigos numéricos.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

Sugerencias generales

El diagnóstico de padecimientos como el trastorno del despertar del sueño no REM tipo con sonambulismo o tipo con terrores nocturnos se puede hacer casi siempre con base en la historia del paciente. Debido a que estos trastornos ocurren de manera esporádica, los estudios en el laboratorio del sueño son innecesarios. En cualquier caso en que la confirmación mediante la observación sea justificada, los videos caseros serían suficientes. Los estudios en el laboratorio del sueño pueden ser necesarios en casos de trastornos con mayor riesgo de lesiones, como la AHOS.

Factores de desarrollo

Los terrores nocturnos aparecen por primera vez después de los 18 meses de edad, mientras que el sonambulismo, un poco después. En los años preescolares y de primaria. Para la adolescencia, las parasomnias del despertar disminuyen significativamente en frecuencia o desaparecen por completo.

En las décadas pasadas, el número de trastornos reconocidos asociados con el sueño ha crecido. Incluyen el inicio del dormir común y benigno (también conocido como **sacudida hípica**, un tirón de los músculos que se controlan de manera voluntaria que ocurre al inicio del sueño); enuresis (que se trata en el capítulo 20), parálisis del sueño (incapacidad momentánea de moverse cuando la persona se está quedando dormida) y bruxismo (rechinar los dientes), que se pueden asociar con ansiedad y discapacidades del desarrollo. Otros padecimientos benignos son hablar dormido y alucinaciones que se presentan cuando la persona se está quedando dormida (hipnagógicas) o está despertando (**hipnopompicas**).

El síndrome de las piernas inquietas es otro padecimiento más que afecta a 2% de los niños y adolescentes, así como adultos. Es una incomodidad casi indescriptible en lo más profundo de la parte inferior de las piernas que se descarga con el movimiento, lo que produce la necesidad irresistible de cambiar la posición de las piernas. Tiende a empezar a la hora de dormir, y puede retrasar el inicio del sueño, lo que da por resultado un sueño alterado y de menor duración. Es más común en niños con TDAH, y se relaciona con reservas bajas de hierro, que podría actuar a través de su papel en la síntesis de la dopamina. El síndrome de las piernas inquietas ahora está incluido en el DSM-5, así que, cuando se presenta, se debe codificar como G25.81.



Capítulo 22

Disforia de género

GUÍA RÁPIDA DE DISFORIA DE GÉNERO

Disforia de género primaria

Disforia de género en adolescentes o adultos. Los pacientes se identifican radicalmente con roles de género distintos de los asignados a su propio género, con el cual se sienten incómodos. Algunos buscan una solución en la cirugía de reasignación de sexo.

Disforia de género en niños. Los niños pequeños desde 3 o 4 años de edad pueden estar insatisfechos con su género asignado.

Otra disforia de género, especificada o no especificada. Estas categorías se usan cuando el paciente no cumple con todos los criterios de ninguno de los diagnósticos anteriores. El único ejemplo que el DSM-5 cita de la categoría de otras disforias de género especificadas es de un paciente que ha cumplido los criterios de disforia de género por menos de seis meses, que es el tiempo mínimo requerido.

Otras causas de la conducta o insatisfacción transgénero

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Algunos pacientes con esquizofrenia manifiestan el delirio de que ellos, en realidad, pertenecen al género distinto del suyo.

Trastorno de travestismo. Estas personas tienen impulsos sexuales relacionados con la ropa del otro género, pero no desean cambiar de género. Consulta más detalles al respecto en *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* de James Morrison.

DISFORIA DE GÉNERO

Hasta cierto punto, cualquier diagnóstico depende de las definiciones. Pero la disforia de género (DG), si se habla de ella en niños o en adolescentes/adultos, depende en mayor medida de la definición. Para evitar cualquier confusión,¹ se aclararán algunos de estos términos.

Sexo y **sexual** son los términos que se usan aquí para aludir a los indicadores

biológicos de masculino y femenino. El **género** indica el papel representado en público como niño o niña, o como hombre o mujer. La **asignación de género** alude a la identificación inicial como masculino o femenino que ocurre en el nacimiento (**masculino de nacimiento** y **femenino de nacimiento** algunas veces sirven como sinónimos). Y, por último, **disforia de género** se refiere a la infelicidad experimentada por aquellos que luchan con la incongruencia entre su género asignado y el género que ellos experimentan o desean. La intención del DSM-5 es enfocarse en la disforia como problema clínico, no de identidad de género *per se*.

Entre las edades de 1 y 2 años, los niños se dan cuenta de las diferencias físicas entre niñas y niños varones. A los 3 años empiezan a clasificarse ellos mismos como niño o niña. Para la mayoría de niños, la identidad de género es estable a los 4 años de edad, aunque el **rol de género** (¡uf! otra definición: comportarse en un modo considerado masculino o femenino) puede ser influido por los compañeros, la familia, los medios de comunicación y quizá otros elementos del ambiente. En ese momento, es común que los niños pequeños muestran interés en la ropa, juguetes o conductas que son, por lo general, considerados como masculinos o femeninos.

Pero a lo largo del camino, algunos niños comienzan a sentirse incómodos con su género asignado. En efecto, la DG inicia en edades sorprendentemente tempranas: a menudo a los 2 años de edad, y por lo general a los 4 años de edad. Estas personas desean con vehemencia ser del otro género; incluso pueden insistir en que ellos **son** del otro género. Y también tienen -para ser diagnosticados con DG, **deben** tener- al menos otros cinco síntomas¹ que revelen un fuerte rechazo de su género asignado y el deseo de adoptar características del género deseado. El resultado es deterioro o angustia de importancia clínica. La lista completa de conductas se presenta en las Características esenciales más adelante. Por definición, la DG no puede diagnosticarse sino cuando el niño o adolescente ha experimentado estos síntomas por, al menos, seis meses.

Como ocurre con tantos otros trastornos, nadie conoce la causa de la DG. Y como sucede con casi cualquier trastorno donde éste sea el caso, cada posible causa tiene sus partidarios. Los efectos de la herencia se deducen a partir de estudios que encuentran un exceso de hermanos en familias de niños varones con DG. En cambio, se infiere una etiología social a partir de estudios que encuentran que niñas con DG son menos atractivas convencionalmente, y que los niños con DG lo son más, en relación con sus pares respectivos que no presentan DG. Esto se ha asociado con abuso, aunque sigue siendo dudoso cuál factor es la causa y cuál es el efecto. Los hallazgos de trastorno de la personalidad límite o de depresión en más de la mitad de las madres de niños con DG apoya ya sea una etiología psicológica o biológica.

En las poblaciones clínicas los niños varones tienen mayor peso (la proporción de hombres y mujeres va de 4:1 hasta 6:1), pero este hallazgo puede estar sesgado por el hecho de que la sociedad norteamericana tolera menos a los hombres afeminados que a las mujeres masculinas. Varias estimaciones poblacionales ubican el porcentaje de adultos

con DG en alrededor de 1 de cada 30 000 en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres es de la mitad o menos. Aunque no se dispone de datos precisos, la frecuencia real de DG en niños es probablemente mayor. En efecto, una minoría relativa de niños (dependiendo del estudio, de 2 a 30% en niños varones, de 12 a 50% en niñas) conserva su identificación con el sexo opuesto mucho más allá de la pubertad. Algunos estudios identifican rasgos que pueden predecir los resultados, pero al momento de escribir este libro, ninguna constelación de síntomas (sin duda, ninguna sola conducta afeminada o de travestismo) predice de manera confiable qué niños conservarán el diagnóstico de DG en la adolescencia y la edad adulta.

Los pacientes con DG tienen altos y alarmantes porcentajes de síntomas asociados, como autolesiones no suicidas (quizá 2 de cada 5 en adolescentes) e intentos e ideas suicidas. La frecuencia de los trastornos de ansiedad, psicosis y de la alimentación también es alta. En trabajos recientes, se ha encontrado que la DG tiene mayor prevalencia en niños con trastorno del espectro autista y con TDAH en comparación con otros niños.

Stanley

“Yo estaba muy a gusto conmigo mismo cuando era niño, eso es seguro”, dijo Stanley al entrevistador. “El hecho es que debo haber sido niño bastante extraño”.

A los 19 años, Stanley estaba en una entrevista para un proyecto de investigación de seguimiento. Había sido evaluado 12 años antes en un centro comunitario de orientación infantil. Esta información, archivada en cajas cuidadosamente inspeccionadas y en párrafos breves, consistía en lo siguiente:

En ese entonces, la madre de Stanley había informado que él había jugado con frecuencia a vestirse de manera elegante, poniéndose su ropa o la de su hermana mayor. Ella había notado que él rechazaba pelear o participar en otras actividades comunes de “niños”; por lo general, prefería jugar con niñas. En una ocasión, lo escuchó a él y a una niña vecina discutiendo sobre cuál de ellos sería la madre cuando jugaran a la casita; la madre de Stanley había pensado que eso era lindo. Un año antes, él había pedido una muñeca para su cumpleaños. Su padre, quien tenía dos trabajos y no pudo estar presente en ninguna de las sesiones de la terapia subsiguiente o de diagnóstico, estaba preocupado por el travestismo de su hijo, pero no había tomado medidas porque su esposa le aseguraba que “todo estaría bien”.

“En efecto,” dijo Stanley mientras revolvía los papeles frente a él, “en ese entonces, yo de verdad pensaba que yo **era** niña. Eso me pasó a mí, cuando tenía quizá 6 o 7 años, que yo sólo había nacido con el equipo equivocado. ¡Y **eso** no era muy extraño!”

Stanley odiaba los deportes en equipo y prefería la matatena al béisbol. Por éste y sus otros amaneramientos, casi desde la primera vez que entró a la escuela sufrió burlas

cruels. En la tercera entrevista, su madre admitió que ella había quedado desilusionada cuando Stanley, su cuarto y último hijo, resultó ser otro niño más.

Los resultados del examen físico y las pruebas de laboratorio habían resultado normales, y Stanley, en ese entonces, recibió el diagnóstico del DSM-III de trastorno de identidad de género de la infancia. Pero en el seguimiento, el adulto joven Stanley rechazó la idea de que no fuera por completo hombre. “Ya superé eso de querer ser niña hace años”, dijo al entrevistador. “Tal vez fue por la terapia, pero ya tengo mucho tiempo de ser feliz siendo hombre. Yo soy hombre **gay**, sabes, pero soy hombre”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA DISFORIA DE GÉNERO

En adolescentes o adultos

Hay una marcada disparidad entre el género nominal (de nacimiento) y lo que el paciente experimenta como sentido de sí mismo. Esto puede expresarse como rechazo o deseo de no tener características propias de su sexo, o de poseer las del otro género. El paciente también puede expresar el deseo de pertenecer al otro género y ser tratado como si lo fuera. Algunos pacientes creen que sus respuestas son típicas del otro género.

En niños

Las características de DG en niños son similares a las de los adultos, pero se manifiestan de maneras acordes con su edad. Así, en su poderoso anhelo de ser del género opuesto, los chicos pueden insistir en que eso es lo que ellos son; pueden preferir ropa, juguetes, juegos, compañeros de juego y papeles imaginarios del otro género al mismo tiempo que rechazan el suyo; y pueden decir que odian sus propios genitales y quieren los que ellos no tienen. En niños, el número de criterios necesarios (seis de ocho) es mucho mayor que en el caso de los adultos (dos de seis); se trata de un dispositivo protector para personas que aún no han madurado por completo.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (seis meses o más, sin considerar la edad) • Malestar o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados al uso de sustancias y físicos; trastornos psicóticos; trastorno travestismo, aunque no en niños).

Notas de codificación

Especificar si: **Con un trastorno de desarrollo sexual** (y codificar el trastorno de desarrollo congénito real).

Especificar si: **Postransición.** El paciente vive como una persona del género deseado y se ha sometido al menos a un procedimiento quirúrgico de cambio de género o tratamiento médico (por ejemplo, un régimen hormonal).

Evaluación de Stanley

Cuando era un niño pequeño, por mucho más tiempo que el mínimo requerido, seis meses (Criterio A), Stanley sintió una notable incomodidad con el hecho de ser niño; en

efecto, en retrospectiva, admitió que sentía que en realidad era niña (A1). Odiaba los deportes en equipo y otras actividades propias de los niños (A6). También abierta, fuerte y persistentemente se identificó con las niñas, como lo demostraba su travestismo (A2), al querer asumir el papel de madre en un juego (A3), al jugar con muñecas y matatena (A4), y al preferir jugar con niñas (A5). (Los dos criterios restantes, disgusto por sus propios genitales [A7] y el deseo poseer la anatomía y las características del sexo secundario del género opuesto [A8], rara vez se encuentran en niños). La angustia del ostracismo social (“burlas crueles”), en este caso de parte de sus pares, pero a veces también son por parte de miembros de la familia, completa los requerimientos para hacer el diagnóstico (B).

Aparte de los trastornos comunes de uso de sustancias y físicos (en el caso de Stanley, no hubo evidencias de ellos), se debe considerar el hecho de que algunos chicos simplemente no se ajustan a las expectativas de la conducta típica de los roles de género, como la niña aficionada a los juegos o deportes masculinos o un niño que prefiere la música a los deportes, o la lectura a las pistolas de juguete. Algunos adolescentes que practican el travestismo para despertar su excitación sexual pueden mostrar pronto síntomas del **trastorno de travestismo**, no de DG. En el caso de Stanley, no habría confusión respecto del **trastorno dismórfico del cuerpo** o de los delirios de un **trastorno psicótico**.

Si los problemas de identidad de género se encuentran asociados con hiperplasia adrenal, insensibilidad andrógena u otros padecimientos intersexuales, se agregaría el especificador **con un trastorno de desarrollo sexual**. Este especificador se aplica a alrededor de 1 de cada 5 000 bebés varones.

Aunque esta obra evita hablar del tratamiento, un diagnóstico de DG implica un par de problemas que mencionar aquí. Primero, la terapia a la que se envió a Stanley fue de apoyo, enfocada en manejar su disforia y enfrentarse con lo que él era. No era “terapia de conversión” -un conjunto desacreditado (y en algunas jurisdicciones, ahora ilegal) de técnicas coercitivas para forzar a alguien que ha mostrado inclinaciones homosexuales a someterse a la conducta “normativa” arbitraria.

Otras decisiones de tratamiento complejas incluyen retraso hormonal de la adolescencia y posible reasignación de género por vía quirúrgica u hormonal. Cada uno de estos es un paso enorme para una persona joven, pues tienen implicaciones para un cambio anatómico permanente. Cada uno se vuelve sumamente complejo por el hallazgo de que, la mayoría de las veces, la DG en la niñez no persiste más allá de la adolescencia. Debido al papel crítico que juegan, los clínicos que evalúan a tales niños deben tener conocimientos de los temas éticos, opciones de tratamiento y leyes locales relacionadas con la reasignación de género. Y, siempre, el curso completo de terapia (o la decisión de que no es necesaria) se fundamente en un proceso de diagnóstico científico y con principios éticos.

El aislamiento social es una complicación que afecta en especial a los niños que conservan habla afeminada o amaneramientos físicos. En un niño pequeño, sobre todo,

se debe estar alerta por posibles **trastornos de ansiedad y depresivos** comórbidos. Recientemente, un riesgo creciente de los trastornos alimentarios también se han asociado con la DG. El diagnóstico de la infancia de Stanley (según criterios del DSM-5) sería el siguiente:

F64.2 Disforia de género en niños
Z60.4 Exclusión o rechazo social
CGAS 71 (7 años de edad)

Y éste es el de Stanley a los 19 años de edad:

Z03.89 Trastorno no mental
GAF 85 (actual)

VALORACIÓN DE LA DISFORIA DE GÉNERO

Sugerencias generales

La valoración precisa incluso de la frecuencia de la DG es complicada por las diferencias culturales, la estigmatización social, la recopilación inconsistente de datos y los criterios de definición. La dificultad de determinar si la inconformidad con el género proviene de una cuestión ambiental (abuso sexual, acoso escolar, presión de los pares) o de algún estado emocional -tal vez una depresión grave, una psicosis primaria emergente o una fobia- hace que todo sea más complejo. A veces, es necesario hacer una evaluación multidisciplinaria prolongada, en especial tratándose de pacientes adolescentes, quienes pueden ser ambivalentes o reservados en la manifestación de sus síntomas. Por supuesto, debe evaluarse la posibilidad de un padecimiento intersexual mediante un examen físico y pruebas endocrinológicas. Como con tantas otras condiciones, la mejor herramienta de evaluación es una serie de entrevistas integrales con padres y el niño.

Ya sean tratados o no, la mayoría de los de niños con DG no mantendrá este diagnóstico en la adultez, como se observó en el recuadro (>>>). En efecto, la fluidez de la identidad de género es común en jóvenes. Se sugiere centrarse en los síntomas disfóricos; recalcar al paciente y a la familia que la certeza del diagnóstico puede tardar en llegar. Algunos de los instrumentos de la entrevista para valorar la DG se analizan en el artículo de 2010 de T. Shechner (véase apéndice 1).

Factores de desarrollo

Los niños de 5 años o menos pueden manifestar que cuando crezcan serán adultos del sexo opuesto. Los niños más grandes pueden desplegar esta clase de deseos en forma de fantasías o juego, así como en la selección de amigos y ropa. Los adolescentes pueden entender y responder a la pregunta “¿Alguna vez has sentido ser más [el género opuesto] que [el género real del niño]?”.

Aunque no hay mucha evidencia objetiva sobre su valor, algunos clínicos ven en el juego de muñecas con figuras de miembros de la familia un indicio para detectar una identificación de género anómala en niños más pequeños. Un niño que elige una muñeca del sexo opuesto debe ser invitado a explicar la razón de la elección. Una niña que no elige ni al padre ni a la madre cuando se le pregunta cuál preferiría ser hace sospechar la existencia de una confusión de identidad de género. Una respuesta formulada en términos de una ventaja social percibida (por ejemplo, “Sólo los hombres pueden ser bomberos”) no indicaría dificultad con el papel de género o identidad. Los niños también pueden ser invitados a dibujar al padre que a ellos les gustaría ser. O tú puedes preguntar “¿Qué te gusta de ser [niño o niña]? ¿Qué no te gusta de eso?”.

F64.8 OTRA DISFORIA DE GÉNERO ESPECIFICADA

La categoría de otra disforia de género especificada se usa en el caso de pacientes que cumplen con los criterios de DG apropiados para su edad, pero por menos de 6 meses.

F64.9 DISFORIA DE GÉNERO NO ESPECIFICADA

La categoría DG no especificada se usa en los casos en que los síntomas de DG no cumplen con los criterios de diagnóstico y no se desea ser más específico.

Notas

¹ Observar que, en el caso de esos niños, el diagnóstico de DF requiere de 75% de los criterios posibles. Éste es el requerimiento más estricto de todos los criterios políticos del DSM-5, lo cual resalta la importancia de determinar con solidez el vehemente deseo del niño de pertenecer a un género distinto al asignado.



Capítulo 23

Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Trastornos disruptivos primarios, del control de los impulsos y de la conducta

Trastorno de la conducta. El niño viola de manera persistente las reglas y los derechos de los demás.

Con emociones prosociales limitadas (especificador del trastorno de la conducta). Este especificador se usa en los casos de niños cuyo trastorno de la conducta es cruel y disruptivo, y no hay remordimiento ni consideración por los sentimientos de los demás.

Trastorno negativista desafiante. Ejemplos múltiples de conductas negativistas persisten por más de 6 meses.

Trastorno explosivo intermitente. Sin otra patología demostrable (psicológica o médica), estos pacientes tienen episodios durante los cuales actúan de manera agresiva, a nivel físico o verbal. En consecuencia, pueden lastimar físicamente a otros o destruir su propiedad. Sin embargo, este diagnóstico casi no se hace en la infancia y adolescencia.

Cleptomanía. Un impulso irresistible de robar cosas que no necesitan hace que estos pacientes lo hagan en repetidas ocasiones. La frase “tensión y descarga” caracteriza esta conducta (recuadro, >>>).

Piromanía. Los individuos sienten “tensión y descarga” en relación con la conducta de iniciar incendios (recuadro, >>>).

Trastorno de la personalidad antisocial. En realidad, el DSM-5 incluye este trastorno en este capítulo del manual, así como en los capítulos de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, aunque puede tener sus orígenes en la infancia o la adolescencia, sólo se puede diagnosticar cuando la persona tiene, al menos, 18 años de edad.

Otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, especificado y no especificado. Como es costumbre, estas categorías se usan en casos que no están bien definidos.

Otros trastornos caracterizados por conductas disruptivas e impulsivas

Tricotilomanía. Arrancarse el cabello de distintas partes del cuerpo a menudo está acompañado de sensaciones de “tensión y descarga”.

Trastornos parafilicos. Algunas personas (casi siempre hombres) tienen impulsos sexuales recurrentes que implican diversas conductas que son reprobables para los demás; algunas son ilegales. Pueden llevar al acto estos impulsos con el fin de

obtener placer. Estos trastornos rara vez se diagnostican antes de la adolescencia; y después, tampoco son muy frecuentes.

Trastornos relacionados con el uso de sustancias. A menudo hay un componente impulsivo en el abuso de diversas sustancias (capítulo 24).

Trastorno bipolar I. Los pacientes con el trastorno bipolar I pueden robar, apostar, actuar de manera violenta y cometer otras conductas indeseables a nivel social, pero esto sucede sólo durante un episodio maniaco agudo.

Esquizofrenia. En respuesta a alucinaciones o delirios, los pacientes con esquizofrenia pueden cometer de manera impulsiva diversas conductas ilegales o, de algún modo, siguen malos consejos.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo es, por lo regular, negativo entre explosiones frecuentes y graves de mal humor.

Comportamiento antisocial infantil o adolescente. Este código (Z72.810) es útil cuando la conducta antisocial no se puede atribuir a un trastorno mental, como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de la conducta (>>>).

INTRODUCCIÓN

Todos los niños se portan mal en algunos momentos, pero una minoría sustancial tiene problemas de conducta que van más allá del ocasional dulce robado, una pelea en la escuela o un berrinche en el salón de clase. Los trastornos incluidos en este capítulo del DSM-5 constituyen un espectro de conductas disruptivas que existe a lo largo del doble continuo de la edad y la gravedad. Algunos niños difíciles atraviesan etapas sucesivas de conducta agresiva → trastorno negativista desafiante (TND) → trastorno de la conducta (TC) → trastorno de la personalidad antisocial (TPAS); muchos más, no lo hacen. Ciertas investigaciones muestran que quienes pasan de una etapa a la siguiente tienen más antecedentes familiares de psicopatología y mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas. Sin embargo, la línea de demarcación entre el TC y el TPAS es por completo arbitraria, y no se tiene certeza de que estas etapas sean entidades separadas. El TDAH, aunque no estrictamente en el continuo que conforman estos trastornos, a menudo se asocia con ellos.

Aunque las definiciones actuales tal vez no distinguen trastornos con una etiología o pronóstico uniforme, sí permiten al clínico describir agrupaciones que dan cuenta de una mayor parte de la práctica los profesionales de la salud mental infantil. No se conocen las causas específicas de estos trastornos, pero se sospecha la existencia de influencias genéticas y ambientales. Estos padecimientos se manifiestan después de un amargo divorcio o prácticas de crianza duras/restrictivas; el TND se encuentra con mayor frecuencia en familias con un estatus socioeconómico bajo. Los padres y otros familiares pueden tener otros trastornos relacionados con la conducta, depresivos, relacionados con

el uso de sustancias y de la personalidad antisocial. El TDAH y el trastorno de somatización se encuentran a menudo entre los familiares de los niños con TDAH.

El DSM-5 reorganizó estos trastornos: incluyó en este capítulo algunos padecimientos que antes se encontraban en otras partes del manual, excluyó uno (¡tricotilomanía!) y lo ubicó junto con los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (véase capítulo 15 de este libro); otro más (el juego patológico) ahora se encuentra entre los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Algunos de los que ahora se incluyen en este capítulo del DSM-5 no se suelen detectar sino después de la infancia o la adolescencia; se mencionan en la Guía rápida, pero no se presentan viñetas de ellos.

F91.3 TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Entre los trastornos de la conducta disruptiva, el TND es relativamente leve, con independencia del especificador elegido para cada paciente. Ocupa un lugar incómodo en el amplio espectro de los problemas conductuales de la infancia. He aquí la fuente de la controversia que rodea a estos niños: ¿su conducta constantemente desafiante, hostil y no cooperadora se puede distinguir de la conducta normal de los niños pequeños (o adolescentes) y del TC, que es más grave? Si se puede determinar, ¿cuál es el pronóstico de estos individuos? ¿Entonces el TND es un factor de riesgo para desarrollar más adelante un TC?

Los hechos conocidos acerca del TND son escasos. Suele empezar en edades tempranas (alrededor de los 6 años), con frecuencia deriva de la búsqueda normal de independencia de los niños de 2 o 3 años. Algunas veces, se han relacionado los estilos coercitivos de crianza, que implican una disciplina estricta, con frecuencia dura, e inconsistente. Las conductas de enojo y desafiantes de estos niños casi siempre alteran la vida cotidiana de su casa. Con menor frecuencia, las relaciones en la escuela y la comunidad también sufren afectaciones.

Antes de la adolescencia, los niños varones suelen presentar con mayor frecuencia que las niñas este trastorno; después, la proporción es igual. En general, cerca de 1 de cada 20 niños se diagnostican con TND aunque los investigadores han presentado resultados que varían en gran medida (hasta 10%). Aunque muchos niños no presentan signos del trastorno en el seguimiento, tal vez 30% de los pacientes con TND de inicio temprano desarrollan el TC completo; algunos de ellos recibirán con el tiempo el diagnóstico de TPAS, como se señaló antes. Cuando un adulto sigue mostrando síntomas persistentes sólo de TND, parece un trastorno de la personalidad.

Shelly

“Mamá no puede controlarme”.

Durante 10 o 15 minutos después de hablar de su queja principal, Shelly estuvo casi en silencio. Niña atractiva, aunque inmadura de 13 años de edad, estaba sentada con la mirada baja, respondiendo con monosílabos o con “No sé” a las preguntas. Usaba lápiz labial y sombra en los ojos, y en sus dos orejas tenía varias perforaciones.

Shelly tuvo dificultades desde el principio, presentó muchos cólicos de bebé, “parecía que nunca dormía”, dijo su madre en una de las primeras entrevistas. “Pasó de los terribles dos a los terribles tres y a los terribles cuatro. Era, y es, la persona más quisquillosa del mundo cuando se trata de comer. Y siempre se negaba a ir a la cama. La primera palabra que aprendió a decir fue ‘No’.”

Casi en cuanto empezó a hablar, Shelly empezó a discutir. “Ahora discute por cualquier cosa. Discute hasta que se le pone en su lugar. Luego, pierde los estribos, y después le quitamos algunos privilegios, pero no se rinde. Sólo se queda en su cuarto y lee por una hora”.

Aunque algunas veces se enojaba tanto que azotaba las puertas, Shelly nunca era destructiva ni violenta con las personas. Tampoco era deshonesto: no había antecedentes de robo, y casi siempre decía la verdad. Aunque en los últimos meses se había desentendido de tareas que podría haber hecho con facilidad, cuando se le preguntaba solía asumir la responsabilidad de lo que había hecho. Pero las calificaciones bajas “no eran mi culpa”.

“Nunca acepta su responsabilidad,” comentó su madre. “Según ella, las cosas malas pasan porque la maestra tiene mascotas o porque yo soy injusta. Ella dice que no tiene amigos porque las otras niñas son envidiosas. Pero incluso cuando estaba en Brownies, yo la llegué a ver molestando a otra niña hasta que todo el grupo la estaba viendo”.

Con la cabeza, Shelly dijo que no se sentía deprimida, no consumía drogas ni alcohol, ni tenía ideas suicidas. En cuanto a las preguntas acerca de delirios y alucinaciones, respondió “Eso es tonto”. Sólo el tema del divorcio de sus padres produjo interacción o afecto. «Eso en verdad me consume. Seguro, papá bebe. Pero nunca le ha pegado a mi mamá ni nada de eso. Y ella siempre lo está fastidiando”.

Se cruzó de brazos. “Los odio a los dos”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

A menudo, estos pacientes están enojados y son irritables, tienden a ser susceptibles y a hacer berrinches en los que se jala el cabello. Desobedecen a las figuras de autoridad o discuten con ellas, y se niegan a cooperar o seguir las reglas, aunque sólo sea para molestar a los demás. A veces, culpan a otros de sus conductas indebidas; algunos parecen maliciosos.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración y demografía (6+ meses, más o menos diario a la edad de 5 años o menos; a la semana en el caso de niños mayores) • Malestar (del paciente o de los demás) o discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos relacionados a las sustancias, TDAH, trastornos psicóticos o del estado de ánimo, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, crecimiento y desarrollo ordinario de la infancia).

Notas de codificación

Especificar la gravedad:

Leve. Los síntomas se presentan en un solo lugar (casa, escuela, con amigos).

Moderado. Algunos síntomas en 2 lugares.

Grave. Síntomas en 3+ lugares.

Evaluación de Shelly

Como suele suceder en este trastorno, las dificultades de Shelly empezaron cuando ella era pequeña se mantuvieron en su adolescencia temprana, por mucho más de 6 meses, que es el tiempo mínimo requerido (criterio A). Los niveles hasta los que puede llevar una discusión son típicos del TND. Otros síntomas como negarse a hacer la tarea (A5), culpar a los demás de su mala conducta (A7) y molestar deliberadamente a otra niña en Brownies (A6). También manifestó enojo y resentimiento por el divorcio de sus padres (A3), ¿pero eso realmente ocurrió con mayor frecuencia de lo que se espera de otros niños de familias divididas o conflictivas? Sin embargo, ella perdía los estribos hasta el grado de azotar las puertas (A1). Sólo cuatro de los síntomas del criterio A son necesarios para hacer el diagnóstico. Desde luego, cierto grado de conducta negativista es normal en ciertas etapas del desarrollo (en niños de 2 o 3 años y en adolescentes), pero en Shelly estas conductas han durado cuatro años. En el caso de muchos otros niños, el tema está menos delimitado. Su conducta también le ocasionaba problemas sociales y escolares (B).

En una nota agregada a los criterios diagnósticos, el DSM-5 afirma que, de un niño de 5 años de edad o más se espera que la conducta negativista ocurra al menos una vez a la semana para hacer el diagnóstico de TND (en el caso de niños más pequeños, tiene que ser aún más frecuente). No se dispone de la información de Shelly, pero el grado en que ha afectado su vida (y la de su familia y la de otras personas) sugiere que estas conductas se presentaron con la frecuencia suficiente para ser significativas en su vida. También, se debe observar que se prestaría menor atención a estas conductas si sólo se hubieran presentado con hermanos; desde luego, esto no sucedió en el caso de Shelly, quien en la viñeta parece ser hija única.

Shelly dijo que no tenía síntomas de algún trastorno del estado de ánimo o psicótico (C). Aunque presentaba berrinches, eran en el contexto de su tendencia general a discutir y eran más o menos como los que se esperan de niños de la edad de Shelly en términos

cualitativos, por lo que se excluye el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**. La viñeta también incluye evidencias en contra de la conducta agresiva, destructiva o antisocial (no peleaba ni mentía), las cuales sugerirían el **trastorno de la conducta** o el **trastorno de la personalidad antisocial**, que son más graves. El clínico debe estar atento en algunos casos a la posibilidad de que se presente un TDAH, que se asocia con la conducta disruptiva y suele ser comórbido con el TND. Otra posibilidad es la **discapacidad intelectual**, que sólo es comórbida con el TND si los síntomas negativistas del niño son mucho mayores de lo esperado para su edad y su capacidad intelectual. La incapacidad de comprender el lenguaje hablado debida a una <audición deteriorada también toman la apariencia de la desobediencia deliberada. En algunos casos (no en el de Shelly), la falta de progreso en la escuela exige que se descarte un **trastorno específico del aprendizaje (con dificultades en la lectura o con dificultad matemática)**.

Se debe juzgar la gravedad de los síntomas de Shelly con base en cuántos escenarios (casa, escuela, vida social) han sido afectados. Se tiene evidencia de que, más allá de su vida en casa, sus síntomas la afectaron (a ella y a otros) en la escuela y en otros lugares. Aunque la gravedad se puede basar sólo en el número de las áreas de la vida afectadas, se optó por el nivel medio y no por el grave: de acuerdo con el DSM-5, se usa si “algunos síntomas están presentes en, al menos, dos escenarios”, y esto permite reservar el juicio de más grave para quienes presenten una incapacidad más global:

F91.3 Trastorno negativista desafiante, moderado
CGAS 55 (actual)

En el TND, como en el TC (y de hecho, en cualquier trastorno mental) el clínico debe tener en mente su deber de proteger a los demás de los peligros que plantea el niño que ha lanzado amenazas de herir a los demás. Este principio, formalizado como la resolución *Tarasoff* de 1974 en California, explica el deber del personal de la salud de advertir directamente a cualquier persona identificable contra la que se hayan lanzado amenazas, o notificar a las fuerzas del orden. Aunque no todas las jurisdicciones han promulgado este estatuto, la práctica clínica correcta dicta que el clínico debe seguir esta normatividad sin importar en dónde se encuentre. Una vez que se haga, se deben documentar las acciones.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA

En un grado u otro, la conducta de las personas con TC suele ser antisocial. Las conductas incluidas se han organizado en cuatro categorías: agresión hacia las personas o

los animales, destrucción de la propiedad, robo o estafas, y otras violaciones graves de las reglas. Sin embargo, no se requiere una distribución específica de los síntomas para hacer el diagnóstico; tres, sin importar cuales sean, bastan. Es de observar que la mayoría de estos síntomas ocurren en la adolescencia o la adultez, y puede llevar a arrestos y a sufrir otras consecuencias legales. De hecho, para que un adulto sea diagnosticado con TPAS, todos los criterios que se listan en el criterio A del TC deben aparecer antes de los 15 años de edad (en el caso del ausentismo escolar y en pasar las noches fuera de casa, debe ser antes de los 13).

Desde los 2 o 3 años de edad, los niños varones suelen ser más agresivos que las niñas. Los niños que son muy agresivos a los 7 u 8 años de edad, tienden a seguir así en los años posteriores, y tienen una probabilidad tres veces mayor que los demás niños a tener antecedentes penales. La prevalencia del TC en los niños varones es alto, va de 2% a 10% dependiendo del estudio; en las niñas, es de la mitad. El DSM-5 no dice nada acerca del diagnóstico del TC en niños preescolares. Aunque los síntomas pueden empezar desde entonces, es poco probable que un niño tan pequeño muestre suficientes síntomas para hacer el diagnóstico de TC. Por lo general, eso ocurre en edades más avanzadas.

La edad de inicio -el especificador que determina el código numérico del CIE-10 que se asigna al paciente- es importante para predecir los resultados. El tipo de inicio infantil (empieza antes de los 10 años de edad) se asocia con agresión física notable; los niños pequeños que tienen síntomas más graves también tienen menos probabilidades de salir bien en el seguimiento. Entre los pacientes con TC de inicio infantil, la gran mayoría son varones, y la contribución de la herencia genética es fuerte. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de tener TDAH y otros trastornos mentales.

En los pacientes que son sintomáticos hasta que se encuentran en la adolescencia (más o menos), la proporción hombre-mujer es menos extrema, y el trastorno tiene menores probabilidades de convertirse en el TPAS en la etapa adulta. Sin embargo, incluso algunos pacientes con TC de inicio infantil parecen superar sus problemas de conducta y se convierten en adultos ansiosos, deprimidos o aislados socialmente, pero no antisociales.

Con emociones prosociales limitadas (especificador del trastorno de la conducta)

Predecir el resultado de alguien con TC también depende de la presencia de ciertos síntomas que sugieren una falta de apreciación de la experiencia de los demás. Estos síntomas, que por años se han denominado **cruels-sin emociones**, se agrupan en el DSM-5 bajo el término general de **con emociones prosociales limitadas (EPL)**. Cada una de las cuatro categorías indica la calidad de la que carece el individuo:

- Empatía por los sentimientos de los demás, de modo que el paciente parece frío o

desalmado.

- Culpa o remordimiento por los actos malos realizados por el paciente.
- Preocupación por la calidad del desempeño en los trabajos escolares, en casa, en el trabajo.
- Afecto profundo o sincero (distinto al de tratar de estafar o manipular a los demás).

Los pacientes con TC y EPL no reconocen el miedo o la tristeza en los demás ni responden bien a estas emociones. Tienen niveles bajos de miedo o ansiedad, y buscan emociones fuertes, son menos sensibles al castigo en comparación con otras personas.

Para que este especificador se aplique a un niño o adolescente, al menos dos de las cualidades mencionadas arriba deben faltar en múltiples escenarios y relaciones durante el último año. Hasta la mitad de los jóvenes con TC cumplen con los criterios del especificador de EPL. Estos se encuentran en un mayor riesgo, y mayor estabilidad, de presentar conductas antisociales en su vida posterior, aun después de que los investigadores han controlado diversos síntomas del TC, la edad de inicio y la presencia de TDAH.

Vale la pena notar que, aunque todas las conductas que constituyen los criterios del TC son observables y, por lo tanto, relativamente objetivos, los criterios del especificador de EPL son sumamente subjetivos, constructos personales que se deben inferir.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA

De distintas formas, estas personas rompen de manera crónica las reglas y violan los derechos de otras personas. En gran medida, usan la agresión en contra de sus pares (algunas veces mayores) acoso escolar, inician peleas, utilizan armas peligrosas, muestran crueldad hacia las personas o los animales, incluso abuso sexual. Inician intencionalmente incendios o destruyen la propiedad ajena; allanan y entran en casas ajenas, mienten y roban; todo esto forma parte de su repertorio. Faltan a la escuela, escapan de casa en repetidas ocasiones y se niegan a regresar a casa contradiciendo el deseo de sus padres valiéndose de artimañas.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (en 1 año, con 1+ síntomas en los últimos 6 meses) • Discapacidad (deterioro social, escolar, laboral o personal)
• Diagnóstico diferencial (TDAH, trastorno negativista desafiante, trastornos del estado de ánimo, crecimiento y desarrollo infantil ordinario, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno explosivo intermitente).

Notas de codificación

Con base en la edad de inicio, especificar:

F91.1 Tipo de inicio infantil. Al menos un problema de conducta empieza antes de los 10 años de edad.

F91.2 Tipo de inicio adolescente. No hay problemas de conducta antes de los 10 años de edad.

F91.9 De inicio no especificado. No hay información suficiente acerca de la edad de inicio.

Especificar la gravedad:

Leve. Tiene síntomas suficientes, pero no muchos, y el daño a los demás es mínimo.

Moderado. Los síntomas y el daño a los otros son intermedios.

Grave. Muchos síntomas, gran daño a los demás.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS (ESPECIFICADOR DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA)

Estos pacientes carecen de bases emocionales importantes. Tienen una cruel falta de empatía (no se preocupan por las emociones o el sufrimiento de los demás). Tienden a poseer afectos superficiales y poco remordimiento o culpa (aparte del arrepentimiento si son atrapados). Son indiferentes a la calidad de su propio desempeño.

Las letras pequeñas

Para recibir el especificador, el paciente debe haber experimentado estos síntomas en el último año.

Jim

La entrevista con Jim, de 10 años de edad, se llevó a cabo en una correccional para menores, que había sido su casa en las últimas 2 semanas. Había llevado su colección de centavos a la escuela para el día de los pasatiempos. A la hora del almuerzo, la metió en uno de sus calcetines, con el cual golpeó a un niño de segundo grado que se había negado a entregarle el sándwich de mermelada que Jim quería. De ningún modo, este incidente fue el primer intento de extorsión de Jim.

“Ha estado amenazando a otros niños desde hace un par de años,” dijo desde el principio su madre. “Lo llevamos a una clínica de orientación infantil. Ahí me dijeron que tenía un trastorno conductual. ¡Y me lo dicen a mí!”

Jim fue un bebé irritable y negativo, su temperamento no había mejorado para cuando aprendió a hablar. “Su primera frase fue ‘Yo no fui’”, señaló su mamá. Discutía por cada infracción, aun cuando lo encontraban con las manos en la masa. Al empezar el jardín de niños, culpaba a sus víctimas de las peleas que él empezaba. Cuando el otro objetaba, Jim a veces iba a escondidas a la casa del niño para destruir sus juguetes. Era un niño que se enojaba, y para cuando tenía 8 años ya había ponchado las llantas de más de una bicicleta; una vez destruyó la tapa de la caja de arena de un vecino usando unas tijeras que había robado del estante de una tienda de autoservicio.

Los robos repetidos a las tiendas fueron la razón para llevarlo a su primera evaluación 2 años antes. Dos veces en ese año entró a las casas de sus vecinos y robó objetos pequeños, que después intentó vender en el patio de la escuela. Los expedientes escolares señalaban que era un niño brillante y que podía ser un buen estudiante. Pero las faltas y peleas repetidas le valieron la expulsión en varias escuelas.

“Él es así por naturaleza”, explicó su madre. “Su padre hizo trabajo comunitario dos veces por robo a mano armada. Creo que es, lo que se diría, un criminal de carrera”. Veía algo positivo en la detención de Jim: “Ésta es la primera vez en meses que sé donde pasa la noche”.

Jim era un niño robusto de cabello arenoso, alto para su edad, que fanfarroneaba en el piso del cuarto de juego, vestido con un overol al que le faltaba un tirante. Despreciaba los distintos materiales de juego que le ofrecían; se sentaba en una silla de madera, con la mirada fija y un aire de total control. Durante varios minutos contestó las preguntas con una o dos palabras. Cuando al fin habló con espontaneidad fue para preguntar cuánto tiempo tendría que estar ahí. La respuesta fue que eso dependía de los resultados de la evaluación, porque había golpeado y lastimado de gravedad a un niño más pequeño.

Jim miraba fijamente al entrevistador. “No fui yo. No he hecho nada malo. Además, el mocoso ese a lo mejor se lo merecía”.

Evaluación de Jim

De los 15 síntomas típicos del TC, el DSM-5 exige sólo 3 para diagnosticar los casos más leves. Por años (criterio A) Jim había tenido muchos síntomas, incluyendo acoso escolar (A1), iniciar peleas (A2), usar un arma (A3), destrucción de la propiedad (A9), allanar y entrar a casas ajenas (A10), mentir (A11), ausentismo escolar (A15) y pasar la noche fuera de casa (A13). Algunas de estas conductas habían tenido lugar recientemente, y en conjunto habían afectado en gran medida a Jim y a su madre (B). Aunque la falta de empatía no se contempla en los criterios básicos del TC (en parte, porque es muy difícil de medir), muchos clínicos considerarían que la falta manifiesta de empatía es central en el TC. Esto se tratará más adelante en la evaluación, cuando se revise el especificador de EL.

Desde luego, hay otras posibles causas de la conducta antisocial. Las **patologías cerebrales macroscópicas**, como un tumor, una infección o un trastorno convulsivo es una etiología; un **trastorno psicótico o un episodio maniaco** también podría calificar. El clínico que vio a Jim tendría que buscar con atención evidencia de problemas cognitivos, alucinaciones, delirios y otros síntomas de estos padecimientos.

Además de los síntomas considerados en los criterios, se puede presentar otros problemas en pacientes con este diagnóstico. Los niños con TC a menudo inician su vida sexual en la adolescencia temprana. Algunos están deprimidos (a veces, muestran evidencias de un **episodio depresivo mayor** o del **trastorno depresivo persistente [distimia]**); muchos **consumen sustancias**. El **trastorno específico del aprendizaje** y

otros déficits del lenguaje (oral y escrito) se han encontrado en un gran número de estos niños, y el **TDAH** es comórbido en casi la mitad de ellos. Los síntomas de Jim (discusiones, culpar a los demás, enojo crónico, el carácter rencoroso) también podrían justificar el diagnóstico de **trastorno negativista desafiante** -precursor común del TC. Aunque el DSM-IV no permitía que estos dos trastornos se codificaran al mismo tiempo, el DSM-5, sí lo permite. En opinión del autor, el TND no agrega nada más que la perspectiva histórica a la evaluación de Jim.

Muchas de las conductas de Jim son lo que algunos denominan **cruel-sin emociones**. La idea es que estas conductas presagian actuaciones antisociales graves, delincuencia y reincidencias a medida que el paciente se acerca a la adultez. El DSM-5 ha incorporado estas conductas en los criterios del, hasta cierto punto, torpemente denominado especificador de EPL, antes descritas. Para merecerlo, el paciente debe haber manifestado al menos dos de estas actitudes en el año previo. De hecho, Jim tenía más que eso: no mostraba mucho afecto (aparte de desprecio por el entrevistador) ni signos de remordimiento por sus acciones ni empatía hacia su víctima. Ésos son tres de los criterios. Se tendría que entrevistar a Jim y a su maestra para saber si estaba preocupado por su rendimiento escolar. De hecho, el autor quiso entrevistar otra vez a su madre y, tal vez, a su maestra para estar seguro de que tenía estas actitudes en múltiples escenarios.

Debido al grave pronóstico y a la relativa ausencia de tratamientos eficaces, todos los demás posibles trastornos deben ser considerados con atención antes de diagnosticar el TC, sobre todo con el especificador de EPL. Sin embargo, si hay un caso cuya historia justifica el uso del TC y el EPL, esa sería la de Jim. Debido a que sus síntomas superaban el número mínimo necesario y había lastimado de gravedad a otro niño, ese define como **grave** su TC. Es preocupante que esta actitud vaya hacia el **trastorno de la personalidad antisocial**, diagnóstico que no se puede hacer antes de que el paciente cumpla 18 años de edad. A su edad actual, su diagnóstico completo sería el siguiente:

F91.1 Trastorno de la conducta, de inicio infantil, grave, con emociones prosociales limitadas

Z65.1 Encierro en correccional para menores

CGAS 41 (actual)

El DSM-5 describe tres trastornos cuyos nombres incluyen la palabra griega *mania*, que significa “pasión”. Tricotilomanía, la pasión por arrancarse el cabello, que se integró con el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (capítulo 15 p. 285).

Los otros dos, cleptomanía (F63.2) y piromanía (F63.1), se caracterizan por la llamada “tensión y descarga”, en la que el individuo tiene una sensación creciente de presión para realizar el acto hasta que, en efecto, se lleva a cabo. Después, hay cierta recompensa en tanto que la tensión disminuye y una sensación de placer inunda al individuo. Estas dos conductas ocurren en repetidas ocasiones. En ningún padecimiento hay una ganancia económica que opere con fuerza que impulse la conducta: una persona con cleptomanía no necesita robar de las tiendas otros jeans; una persona con piromanía no trata de

cobrar el dinero del seguro. De hecho, los individuos con piromanía no se limitan a iniciar los incendios, sino que mantienen un interés activo en los incendios y la lucha contra ellos, incluyendo a los bomberos, los carros de bomberos y su equipamiento.

Aunque las personas arrestadas por iniciar incendios o por robar en tiendas argumentan el impulso irresistible de la *manía*, estos trastornos en realidad son muy poco comunes. Tan poco se sabe de ellos que entre todos ocupan sólo 3.5 páginas de las más de 900 del DSM-5. Los datos demográficos son los siguientes: la piromanía es muy rara, y se presenta principalmente en hombres. La cleptomanía ocurre en 1 de cada 200 personas de la población general, las mujeres predominan en una proporción de 3:1.

Cada uno de estos trastornos puede empezar en la adolescencia. Sin embargo, no hay una correlación fuerte entre iniciar incendios en la infancia y la piromanía; en la infancia, es parte del trastorno de la conducta, y no está acompañada por el fenómeno de tensión y descarga.

F91.8 OTRO TRASTORNO ESPECIFICADO DISRUPTIVO, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

F91.9 TRASTORNO NO ESPECIFICADO DISRUPTIVO, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Las categorías de otro trastorno especificado o no especificado se usan en el caso de los niños que presentan un trastorno importante disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que no cumple con los criterios de ningún otro diagnóstico descrito en este capítulo. Se usa la categoría de otro trastorno especificado cuando se desea dar detalles acerca de su manifestación particular; la categoría de trastorno no especificado se usa cuando no se desea dar esos detalles.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Sugerencias generales

Es difícil medir con precisión las conductas impulsivas y disruptivas, en parte porque son percibidas como vergonzosas o ilegales. Algunos niños y adolescentes ocultan los hechos a los clínicos, al igual que lo hacen frente a la escuela o las autoridades legales. Para obtener datos confiables, los clínicos tienen que apoyarse en otros informantes, sobre todo los padres y los maestros, que puedan hablar sobre conductas como pasar de una actividad a otra sin terminarla primero, gritar en clase o actuar con imprudencia sin pensar en las posibles consecuencias.

Puede resultar útil entrevistar a los padres y al niño por separado para evaluar, por ejemplo, qué parte del tiempo el niño está bajo la supervisión de los adultos (esto puede estar correlacionado con el diagnóstico de TC). La precisión mejora tomando nota del primer caso de la conducta que reporta el informante. Y éste es un buen momento para preguntar acerca de los hábitos familiares en torno a la televisión: los estudios han mostrado que la agresión en niños es proporcional a la cantidad de horas que ven televisión -y, en menor grado, incluso en qué grado hay horarios establecidos en su casa.

Preguntar por actividades prohibidas es una invitación a mentir. Sin embargo, si se pide una opinión acerca de una conducta similar realizada por otro niño de su edad o un niño ficticio, se puede saber en qué medida el paciente aprueba la conducta: “Uno de los niños que viene aquí le pegó a su hermana la semana pasada, porque ella le escondió sus crayones. ¿Crees que eso estuvo bien?” Algunos niños y adolescentes están sorprendentemente dispuestos a compartir sus proezas, sobre todo si creen que estuvieron justificadas. A otros se les puede inducir a alardear acerca de lo que han hecho, aunque la reacción no debe ser de reprobación. A fin de cuentas, tal vez se obtiene más información de los niños pequeños que pueden tener algo que ocultar por medio de una actitud de no juzgar y el uso de términos neutrales para hablar de las conductas.

Un niño negativista puede justificar su conducta alegando que la petición era irracional. No basta para hacer el diagnóstico de TND con sólo observar en la entrevista que el niño es irritable, se enoja, guarda rencor, es molesto y tiende a echarle la culpa a los demás; los criterios exigen evidencias en la historia clínica como **suele** suceder.

La conducta problemática oculta con facilidad diagnósticos menos dramáticos. Sin embargo, con frecuencia se asocia con problemas en la inteligencia general, trastornos del aprendizaje, consumo de sustancias, ansiedad (sobre todo en niñas) y deterioro del lenguaje. Es importante considerar cada una de estas áreas diagnósticas cuando se trata de un niño o adolescente que presenta conducta disruptiva o impulsiva.

Desde luego, los niños muy pequeños son negativistas sin lugar a dudas; incluso la conducta desafiante puede ser por completo normal en este rango de edad. De ningún modo se puede esperar que los niños de 2 o 3 años mantengan la atención por periodos mayores de algunos minutos.

Factores de desarrollo

El TC puede presentarse en los años preescolares; sin embargo, por lo general se detecta en los años intermedios de primaria (o después), cuando estas conductas tienen consecuencias más graves. Es muy raro que empiece después de los 16 años de edad.

Las conductas disruptivas e impulsivas producen daños sociales y económicos importantes. En ese sentido, aunque los datos son escasos, es lógico que los niños más pequeños que roban en tiendas se llevarán artículos más pequeños y menos costosos, y que los que son agresivos presentan menos problemas a los 6 que a los 16 años de edad. Por otro lado, debido a que un incendio, una vez iniciado, rápido se sale de control, comenzar incendios constituye un problema equivalente en niños pequeños y en adolescentes.

En el DSM-5, el TC se divide en subtipos de acuerdo con la edad de inicio: infantil o adolescente. En el caso del primero, el niño debe haber tenido al menos un síntoma antes de los 10 años de edad. Observa que los síntomas más leves del TC en niños pequeños suelen ser reconocibles por primera vez en esta edad (mentir, robar en tiendas, pasar la noche fuera de casa, faltar a la escuela preceden el robo a mano armada, violaciones y el uso de armas de fuego).

A cincuenta años de la publicación del libro seminal *Deviant Children Grown Up* de Lee Robins se ha reconocido el valor para el pronóstico del desarrollo temprano de los síntomas. Robins encontró que, a menor edad del niño en su primer arresto, mayor es el riesgo de obtener malos resultados. Sin embargo, más de la mitad de incluso los niños más perturbados no desarrollaron el TPAS. Los que tienen síntomas más leves y que aparecen por primera vez en la adolescencia a menudo mejoran al llegar a la adultez.



Capítulo 24

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS

Las sustancias que alteran el funcionamiento mental producen tres tipos básicos de trastornos: por intoxicación, abstinencia y consumo. La mayoría de estos términos del DSM-5 se aplican a casi todas las sustancias que se presentan; las excepciones se mencionan más adelante. El DSM-5 también identifica varios tipos de trastornos inducidos por sustancias/medicamentos.

Intoxicación por la sustancia. El consumo intenso reciente ocasiona este estado clínico agudo, que se puede aplicar a todas las drogas con excepción de la nicotina (Características esenciales, >>>).

Abstinencia de la sustancia. Este conjunto específico de síntomas se desarrolla cuando alguien que consume con frecuencia cierta sustancia deja de hacerlo o reduce drásticamente la cantidad que consume. Se aplica a todas las sustancias con excepción del PCP, los alucinógenos y los inhalantes (Características esenciales, >>>).

Trastorno por consumo de la sustancia. El consumo de sustancias que cae en esta categoría ha producido ciertas características conductuales además de angustia o deterioro en el funcionamiento significativos a nivel clínico. Este trastorno, que se encuentra en toda clase de drogas con excepción de la cafeína, no tiene que ser intencional; se puede desarrollar a partir del uso de medicamentos, como en el tratamiento del dolor crónico (Características esenciales, >>>).

Otros trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. A veces, se diagnostican en niños y adolescentes otros cuatro trastornos inducidos por sustancias/medicamentos: trastorno psicótico, del estado de ánimo, de ansiedad y del sueño. Se pueden experimentar durante la intoxicación, la abstinencia o las consecuencias del abuso de la sustancia que perduran mucho después de que han terminado el abuso y los síntomas de abstinencia (Características esenciales en el siguiente recuadro >>>).

Juego patológico. Aunque no se habla de él en este capítulo, ni se presenta viñeta de él, el juego patológico de los adultos puede tener su origen en la infancia o adolescencia. En un estudio, los niños varones evaluados por impulsividad a la edad de 13 años fueron reevaluados en la adolescencia tardía en cuanto a su estatus en el juego patológico. Mientras mayor era la puntuación de impulsividad en el niño, mayor era la probabilidad de desarrollar un problema de juego patológico.

INTRODUCCIÓN

Hay varias razones por las cuales es difícil determinar el grado del abuso de sustancias en niños y adolescentes:

- **Consumo casual.** Muchas encuestas informan el porcentaje de jóvenes que han consumido una droga, o clase de drogas, en cierto tiempo. Sin embargo, sólo una pequeña parte de estos niños y adolescentes pueden consumir drogas con frecuencia o desarrollar problemas ocasionados por su consumo. ¿Debería considerarse “normal” cierto nivel de consumo de sustancias por parte de los jóvenes?
- **Consumo de drogas específicas en áreas demográficas particulares.** Las drogas “duras,” como la heroína y la cocaína, tradicionalmente tienen mayor presencia en las áreas marginadas de las ciudades que en los suburbios o las comunidades rurales (aunque esta situación tal vez está cambiando). En contraste, algunos estudios muestran que las sustancias más aceptables en términos sociales –alcohol, tabaco y marihuana– se consumen con la misma frecuencia en áreas rurales y urbanas.
- **Diagnósticos comórbidos.** La gran mayoría de los niños y adolescentes que abusan de sustancias tienen otros trastornos, cuyos síntomas pueden ocultar la evidencia del abuso de sustancias. Estos diagnósticos son trastorno de la conducta, TDAH y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, cualquiera de los cuales se encuentra en una tercera parte o no de los jóvenes que abusan de sustancias. Es común hacer diagnósticos comórbidos múltiples.
- **Criterios cambiantes.** Por décadas, las clasificaciones y los criterios diagnósticos se han revisado cada cierto número de años. Esta tradición continuó con el DMS-5, cuando los criterios del DSM-IV del abuso de sustancias se fusionaron con los de dependencia para dar paso a los criterios actuales del trastorno relacionado con sustancias.
- **Múltiples puntos de referencia.** Las tasas de prevalencia varían si se refieren a la última semana, mes, año o a toda la vida (es decir, si alguna vez el individuo ha consumido la droga), y a veces en términos de la intensidad del consumo (número de bebidas, presencia de intoxicación, consumo diario). También es importante lo que se incluye en la categoría en turno: por ejemplo, ¿las alucinaciones incluyen fenciclidina (PCP, por sus siglas en inglés)? ¿Los **narcóticos** son sinónimo de **opiáceos**? ¿En qué parte del rompecabezas encajan las metanfetaminas –ahora con tanta presencia que se deben considerar su demografía? ¿Exactamente qué medicamentos se consideran **tranquilizantes**? Por último, los informes se centran en distintos grupos de edad (por ejemplo, segundo de secundaria, primero y tercero de bachillerado; edades de 12 a 17; o a veces “todos los estudiantes”).

Las encuestas han encontrado niveles decrecientes de consumo de sustancias legales e ilegales entre niños y adolescentes. Estos informes presentan muchas tablas y gráficas; un hallazgo común es una disminución general en el consumo actual de drogas ilícitas entre adolescentes (12 a 17 años) de 11.6% en 2002 a 9.5% en 2012. En otro informe, se encuentran implicaciones para el futuro; el consumo a edades tempranas de la marihuana (antes de los 15 años) se asoció con un notable aumento en la dependencia a las drogas ilícitas en adultos (13%, en comparación con sólo 2% de los adultos que esperaron a cumplir 15 años para probar por primera vez la marihuana). Sin embargo, en jurisdicciones que permiten el consumo médico de la marihuana, algunos adolescentes ya están consiguiéndola por prescripción.

En 2013, el consumo de sustancias en algún momento de alumnos de tercero de bachillerato fue el siguiente: alguna sustancia ilícita (incluyendo inhalantes), 52%; marihuana, 46%; alguna droga ilícita distinta de la marihuana, 25%; inhalantes, 6.9%; anfetaminas, 12%; narcóticos distintos de la heroína, 11%; alucinógenos, 7.6%; éxtasis (metilendioximetanfetamina o MDMA, por sus siglas en inglés), 7.1%; PCP, 1.3%; cocaína crack, 1.8%; heroína, 1.0%. Cifras comparables de las dos sustancias legales son: alcohol, 68%; cigarros, 38%.

Décadas de investigación han demostrado una gran influencia de la genética en los problemas de consumo de sustancias, pero los factores ambientales (actitud de los pares, contexto del consumo) también son importantes, sobre todo en las primeras veces que se consume. Los trastornos comórbidos (del estado de ánimo, psicóticos, de ansiedad) pueden impulsar a los jóvenes a experimentar con sustancias en edades más tempranas.

MÉTODO DEL DSM-5 PARA DIAGNOSTICAR EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Cuatro conceptos diagnósticos

A pesar de las dificultades anteriores, el DSM-5 da un gran paso hacia la unificación de la manera de entender los trastornos relacionados con sustancias. Permite hacer literalmente cientos de diagnósticos lógicos de acuerdo con cuatro conceptos.

Trastorno relacionado con sustancias

Los criterios genéticos del trastorno relacionado con sustancias (véanse sus Características esenciales en el siguiente recuadro) identifica estos problemas que son principalmente asuntos del control y del cambio fisiológico. (Los alucinógenos, los

inhalantes y el PCP no producen una tolerancia significativa a nivel clínico ni síntomas de abstinencia, por lo tanto no forman parte de los criterios de los trastornos que implican estos tipos de sustancias). Los niños y adolescentes tienen mucho menor probabilidad que los adultos de recibir un diagnóstico de estos trastornos, pero se deben considerar con seriedad si hay indicios de ellos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Estos pacientes consumen lo suficiente de estas sustancias para causar problemas crónicos o repetidos en distintos aspectos de sus vidas:

- **Vida personal e interpersonal.** Descuidan la vida familiar (relaciones con sus padres, hermanos), e incluso sus pasatiempos favoritos por consumir la sustancia en cuestión; pelean (física y verbalmente) con quienes se preocupan por ellos; y siguen consumiendo la sustancia a pesar de darse cuenta de los problemas interpersonales que ocasiona.
- **Empleo.** El esfuerzo que antes dedicaban a la escuela (o al trabajo u otras actividades importantes) ahora se dirige a conseguir la sustancia, consumirla y luego recuperarse de sus efectos. Resultado: estas personas faltan al trabajo, son suspendidas o expulsadas (despedidas).
- **Control.** A menudo consumen más de la sustancia o por más tiempo de lo que pretendían; intentan (sin éxito) eliminar o reducir su consumo. A medida que pasa el tiempo, necesitan más con desesperación.
- **Salud y seguridad.** Los individuos realizan conductas que implican peligro a su integridad física (por lo común, operar o manejar un vehículo motorizado); puede haber problemas legales. Siguen consumiendo a pesar de saber que la sustancia ocasiona problemas de salud como cirrosis, hepatitis C o VIH.
- **Secuelas fisiológicas.** Se desarrolla tolerancia: la sustancia produce efectos menores, así que los pacientes deben consumir más. Una vez que dejan de hacerlo, sufren síntomas de abstinencia característicos de la sustancia en cuestión.

Las letras pequeñas

La tolerancia no es un factor cuando se trata de casi cualquier alucinógeno, aunque los consumidores pueden desarrollar tolerancia a los efectos estimulantes del PCP.

La abstinencia no es un factor cuando se trata de los inhalantes o del PCP u otros alucinógenos.

No se toma en cuenta la tolerancia o la abstinencia causada por tomar medicamentos prescritos.

Las D: • Duración (los síntomas que tomar en cuenta deben haber tenido lugar en los últimos 12 meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, trastornos mentales primarios de casi cualquier carácter; consumo **verdaderamente** recreativo).

Notas de codificación

Especificar la gravedad de acuerdo con el número de síntomas:

Leve (2 a 3 síntomas).

Moderada (4 a 5).

Grave (6+).

Agregar cualquier especificador que pueda aplicarse:

En remisión inicial (ningún criterio se ha cumplido en, al menos los últimos 3 meses, pero no más de 12).

En remisión continuada (ningún criterio se ha cumplido durante 1 año o más).

En un entorno controlado.

En terapia de mantenimiento (sólo en el caso de los opiáceos y el tabaco).

Véanse los códigos numéricos en la tabla 24-1.

Intoxicación por la sustancia

Dependiendo de la cantidad y el ritmo del consumo, cualquiera puede intoxicarse. La intoxicación por sustancias es el único trastorno relacionado con sustancias que se hace en el caso de alguien que ha consumido una sustancia sólo una vez. Cada conjunto de criterios específicos a las sustancias (véanse las Características esenciales de la intoxicación por sustancias, >>>) se aplica a pacientes cuyo pensamiento y conducta están, actualmente, bajo la influencia de la sustancia en cuestión.

Abstinencia de la sustancia

Cada conjunto de criterios específicos de la abstinencia de la sustancia (véase sus Características esenciales, >>>) se aplica a los pacientes que han consumido lo suficiente de una sustancia para que reducir o interrumpir el consumo ocasione cambios en la conducta, que incluyen elementos fisiológicos y cognitivos.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS

	Alcohol/sedante, etc.	Cafeína	Cannabis	Cocaína/anfetaminas
Síntomas	Desinhibición (discusión, agresión, labilidad emocional; atención, juicio o funcionamiento deteriorados); deterioro neurológico (desequilibrio o andar tambaleante, habla poco clara, mala coordinación, nistagmo, nivel reducido de consciencia o memoria); algunos pacientes desarrollan ojos rojos o cara colorada)	Actividad motriz y del sistema nervioso central aumentada (como inquietud, energía aumentada, insomnio, palpitaciones rápidas, contracciones musculares, malestar intestinal, exceso de orina, cara colorada, habla inconexa)	Falta de coordinación motriz o cognición alterada (ansiedad o excitación, juicio pobre, aislamiento de los amigos, sensación de que el tiempo se hace más lento), más ojos rojos delatores, ritmo cardíaco acelerado y hambre	Cambios en el estado de ánimo, juicio o funcionamiento social deteriorados; excitación neurológica ↓ o ↓ presión sanguínea, ritmo cardíaco y actividad motriz; pupilas dilatadas, sudor o escalofrío, náuseas, pérdida de peso, debilidad, dolor torácico, depresión respiratoria, ritmo cardíaco irregular, convulsiones, coma o perplejidad)
Otro	Malestar o deterioro; descarta otro padecimiento médico o trastorno mental			
Especificadores	Ninguno	Ninguno	Con alteraciones de la percepción	Con alteraciones de la percepción

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA ABSTINENCIA DE LAS SUSTANCIAS

	Alcohol/sedantes, etc.	Cafeína	Cannabis	Cocaína/anfetaminas (estimulantes)	Alucinógenos	Opiáceos	Tabaco
Consumo	Intenso, prolongado	Intenso, prolongado	Intenso, diario			Varias semanas o más	Varias semanas o más
Tiempo de inicio	De horas a días	Horas	De a varios días	De horas a días		Durante varios días	Durante semana
Síntomas	Actividad motriz y del sistema nervioso central aumentada (temblores, sudor, náuseas, ritmo cardíaco acelerado, presión sanguínea alta, agitación, dolor de cabeza, insomnio, alucinaciones breves o ilusiones, convulsiones)	Síntomas que sugieren gripe (dolor de cabeza, náuseas, dolor muscular) y depresión del sistema nervioso central (fatiga, disforia, poca concentración)	Disforia y actividad excesiva del sistema nervioso central; problemas de sueño, poco apetito, depresión, ansiedad, inquietud, temblor, sudor, dolor de cabeza, dolor abdominal	Disforia, estimulación o agotamiento del sistema nervioso central (sueños intensos; sueño o actividad motriz ↓ o a veces ↑; hambre)	Se reexperimenta una o más malas percepciones que ocurrieron durante la intoxicación (trastorno de percepción persistente por alucinógenos)	Disforia; náuseas, diarrea, dolores musculares, lagrimeo (secreción nasal); bostezo, somnolencia; síntomas autónomos (pupilas dilatadas, cabello erizado, sudor)	Disforia (irritabilidad, depresión, ansiedad) problema de concentración, insomnio, hambre
Otro	Malestar o deterioro; descarta otro padecimiento médico o trastorno mental						
Especificadores	Con alteraciones de la percepción	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE CUATRO TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS

Trastorno	Trastorno bipolar o de depresión	Trastorno de ansiedad	Trastorno del
-----------	----------------------------------	-----------------------	---------------

psicótico			sueño
Delirios o alucinaciones	Estado de ánimo eufórico o irritable; estado de ánimo persistentemente deprimido o interés notablemente disminuido en casi todas las actividades	Ansiedad notable o ataques de pánico	Problema de sueño notable y grave
Los síntomas se desarrollan durante o después del consumo, la sustancia es conocida por ser capaz de causar los síntomas			
Las causas no relacionadas con sustancias (como el delirium) no explican mejor los síntomas			
Los síntomas provocan malestar o discapacidad			
Especificar: De inicio durante la intoxicación o la abstinencia	Especificar: De inicio durante la intoxicación o la abstinencia	Especificar: De inicio durante la intoxicación o la abstinencia, o con medicamentos	Especificar: De inicio durante la intoxicación o la abstinencia Especificar el tipo: Insomnio, somnolencia diurna, parasomnia, mixto

Trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos

Dispersos a lo largo del DSM-5, hay conjuntos de criterios que describen los efectos de los medicamentos y otras sustancias en la psicosis, los estados de ánimo, ansiedad, sueño, cognición y sexo. En la página 405 se presentan las características esenciales de los primeros cuatro de estos padecimientos. Las categorías de trastorno neurocognitivo y la disfunción sexual inducidos por sustancias/medicamentos no se aplican en niños y rara vez en adolescentes. Sin embargo, la intoxicación por sustancias y la abstinencia pueden causar delirium, cuyas Características esenciales se presentan en el capítulo 25 en la página 422.

Clases de sustancias de las que se puede abusar

El DSM-5 enumera un total de 11 categorías más “otra (o desconocida)” que alteran la conducta, los sentimientos o la percepción. Sin embargo, se pueden condensar estas 11 en 6 amplias categorías; las tasas cambian constantemente, y no hay datos precisos disponibles en el caso de algunas sustancias.

Depresores del sistema nervioso central

Los dos tipos de sustancias que son depresoras del sistema nervioso central tienen

criterios idénticos en el DSM-5 en cuanto a la intoxicación y la abstinencia.

Alcohol. Desde luego, la mayoría de los adolescentes ha probado el alcohol; el porcentaje de los que lo consumen con frecuencia alcanza los dos dígitos. Por la poca experiencia que tienen para juzgar, incluso los más jóvenes que no desarrollan problemas de alcohol subestiman sus efectos. En consecuencia, cuando beben, consumen demasiado. Tal vez por esta razón, la intoxicación por alcohol en los adolescentes a veces da por resultado estupor o coma.

Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Disponibles en los botiquines de los padres y en las calles, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos a menudo son usados de modo inadecuado por niños y adolescentes. Sin embargo, aún se carece de evidencias documentales del grado de este mal uso.

Estimulantes del sistema nervioso central

En menor o mayor grado, cada sustancia estimulante aumenta la actividad del sistema nervioso central, lo cual da por resultado un estado inusual de alerta, elevación del estado de ánimo y sensación de bienestar, mejor rendimiento en las tareas y menor hambre y necesidad de dormir. Se aplican criterios idénticos en la intoxicación y abstinencia de cocaína y anfetaminas.

Anfetaminas. Sintetizada por primera vez hace más de 100 años, las poderosas anfetaminas son populares entre los jóvenes, pero nadie sabe hasta qué grado. Aunque los controles gubernamentales estrictos sobre la producción y distribución, tal vez, redujo su consumo en las últimas décadas, el reciente aumento del consumo de anfetaminas puede haberlo aumentado otra vez.

Cocaína. Extraída de las hojas de coca, que crecen en Sudamérica y otras partes del mundo, la cocaína es tal vez la sustancia más adictiva que jamás se haya creado. Como una de las sustancias psicoactivas de las que más se abusa en el mundo, sin duda la cocaína ocasiona problemas para algunos jóvenes. Sin embargo, hay pocos datos de los cuales echar mano.

Cafeína. Desde luego, la cafeína representa poco peligro en comparación con las anfetaminas y la cocaína; de hecho, beber café es un rito de pasaje en la gran mayoría de los jóvenes de Europa y América. Las bebidas energéticas, que contienen casi tanta cafeína como una taza de café más un montón de azúcar, son el riesgo más reciente para los niños. Sin embargo, en exceso, incluso esta sustancia benigna puede ocasionar síntomas de intoxicación. Algunas personas siguen experimentando síntomas de abstinencia.

Opiáceos

La mayoría de las personas que consumen heroína comienzan por la presión de sus padres en la adolescencia y la juventud. Los factores que contribuyen son el divorcio de los padres, estatus socioeconómico bajo, residir en zonas marginadas de la ciudad, tener familiares que abusan del alcohol, experiencias tempranas con otras sustancias como la marihuana y el alcohol. Para cuando llegan a la adolescencia tardía, de 5 a 10% de los jóvenes han consumido opiáceos en alguna forma.

Drogas que alteran la percepción

Como lo indica el término, el efecto tóxico de las drogas que alteran la percepción son las alucinaciones o las ilusiones (interpretaciones incorrectas de los estímulos sensoriales reales). Ninguna de éstas produce un síndrome de abstinencia que valga la pena mencionar.

Inhalantes. Los inhalantes incluyen casi cualquier cosa que se evapore o que se rocíe con una lata. Son baratos, fáciles de conseguir y (debido a que se absorben a través de los pulmones) tienen un efecto muy rápido. Estas drogas producen cambios en la manera en que el consumidor ve el color, el tamaño o la forma de los objetos. A veces, provocan alucinaciones. También alteran su estado de ánimo, sus ideas y su sensación del tiempo, principalmente cuando son más jóvenes.

PCP. El PCP es barato, pero sus consumidores (en su mayoría jóvenes varones) aprecian en especial la euforia que produce. Algunos experimentan psicosis de un modo tan convincente que, a falta de una historia adecuada, no se puede distinguir de la esquizofrenia.

LSD. El LSD (su nombre químico en español, casi nunca usado, es dietilamida de ácido lisérgico) es emblema de los alucinógenos, no suele producir alucinaciones, sino ilusiones. En Canadá, a veces se les llama **ilusinógenos**. Con una prevalencia de sólo 3% entre los estudiantes de último año de bachillerato, el LSD ahora es menos popular de lo que una vez fue; otras drogas de la misma clase tal vez se consumen más (un ejemplo es el MDMA o éxtasis, una de las llamadas “drogas de los diseñadores”). Los alucinógenos afectan a los pacientes de dos modos: intoxicación y *flashbacks*, que el DSM-5 de un modo un poco torpe llama trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

Marihuana. Por último, está *cannabis* (marihuana), la droga ilícita más consumida en EUA, y que ha sido, al momento de escribir este texto, legalizada en varias jurisdicciones para uso medicinal y recreativo. Para cuando se gradúan, casi una tercera parte de los estudiantes de bachillerato la han probado. Quienes la consumen sienten que agudiza su percepción o reduce su ansiedad. Pueden presentarse ilusiones, pero casi nunca alucinaciones.

Tabaco

He aquí una peculiaridad: el DSM-5 incluye abstinencia del tabaco, pero **aún** no menciona la intoxicación por tabaco. Desde luego, cuando un consumidor ingenuo ingiere nicotina en cantidad suficiente, hay síntomas de intoxicación en abundancia (pregunta a cualquier niño que haya probado los cigarros fuertes de su papá). También es la droga adictiva más consumida en EUA, y tal vez en todo el mundo.

Otra (o desconocida)

Otras sustancias que alteran la mente son los esteroides anabólicos (que son empleados de manera indebida por los atletas que quieren tener un mejor rendimiento y por otras personas que desean ser más atractivas físicamente). El óxido nitroso (“el gas de la risa”) produce euforia, y diversos productos de venta libre o por prescripción médica (como los antihistamínicos, los fármacos contra el Parkinson y la cortisona) se usan para producir otros estados de consciencia alterada. Por último, la categoría de “desconocida” se emplea cuando un paciente evidentemente ha ingerido la sustancia, pero no se puede determinar su naturaleza exacta.

APLICACIONES DE LOS CONCEPTOS BÁSICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las Características esenciales de los trastornos relacionados con sustancias (>>>) son necesarios para evaluar a cualquier paciente de quien se sospeche abuso de alcohol u otras sustancias. Se pueden usar con las Características esenciales de la intoxicación por sustancias y de abstinencia de la sustancia específicas de cada tipo de droga (>>> y >>>), y con la tabla 24-1, que resume y codifica los trastornos mentales que se pueden

asociar con cada tipo de sustancia en casos de niños y adolescentes. Abajo, se emplea una sola viñeta para ilustrar la aplicación de los conceptos básicos del DSM-5 en la práctica clínica.

Rodney

Fue muy difícil empezar; no tenía idea de que sería mucho más difícil terminar”. Rodney casi tenía 17 años, pero se veía mucho más joven cuando yacía en una cama hospital, su brazo izquierdo en un cabestrillo y su pierna derecha levantada pendiendo de un sistema de poleas. No recordaba mucho del accidente que lo llevó ahí. Hubo de por medio algunas botellas de brandy y muy poco conocimiento sobre asirse a la barra del pasajero de la motocicleta Honda que su compañero de cuarto conducía. Sus únicas heridas fueron en los huesos, y tenía la suficiente lucidez para darse cuenta que necesitaba fumar.

Rodney era tal vez el niño más inteligente que ha nacido en esa parte de Texas. Para cuando tenía 12 años, él ya asistía a clases de bachillerato, había ganado varios concursos escolares de nivel estatal y había aparecido dos veces un popular programa de televisión de preguntas de conocimiento. Cuando tenía 14, sus padres, con renuencia, lo dejaron aceptar una beca del 100% para una pequeña, pero prestigiosa universidad liberal de artes que estaba a cientos de kilómetros de distancia.

“Por supuesto, yo era el menor de todos, excepto por un tipo con un trastorno endocrino”, dijo Rodney. “En realidad, no pensaba en eso en aquel tiempo, pero estoy seguro de que empecé a fumar y beber para compensar mi tamaño”. Después de que había dejado de sentirme con náuseas y mareado cada vez que prendía uno, uno de sus compañeros de clase le enseñó a soplar un aro de humo pequeño en medio de un otro más grande.

Para cuando Rodney tenía 6 meses en la escuela de artes, fumaba una cajetilla y media de cigarros al día. Cuando estudiaba para los exámenes (a menos que obtuviera la calificación más alta de su clase, invariablemente sentía que no estaba “dando el ancho”), se sorprendía encendiendo un cigarro con otro, y se terminaba varias cajetillas al día, muchas más de lo que él quería. El siguiente año, en una clase obligatoria de salud, leyó el informe de un cirujano general acerca de fumar y vio un video acerca del cáncer de pulmón (“en colores no vivos, sino agonizantes”). Aunque juró que nunca fumaría otra vez, su decisión duró exactamente 48 horas. Dos noches no pudo dormir, y se dio cuenta de que se había vuelto inquieto, deprimido y «tan irritable que mi compañero de cuarto me suplicó que volviera a fumar”. Durante el siguiente año, trató dos veces más de dejar de fumar. Una vez asistió a un grupo de apoyo para dejar de fumar; cuando esto fracasó, pidió parches de nicotina en los servicios de salud. “No me los quisieron dar sin el consentimiento de los padres. “¡Voy a ser mayor de edad de edad en 4 meses!”

Los padres de Rodney trabajaban en una tienda de alimentos y semillas de un pequeño pueblo, de la que habían sido dueños por muchos años. Los dos eran devotos trabajadores que nunca habían probado una sola gota de alcohol. Habiendo crecido en la misma pequeña comunidad, los dos habían aterrorizado por lo que el alcohol le había hecho por sus propios padres. Varias veces en los últimos meses, cuando estuvo tan grave que no podía asistir a clases, Rodney se había preguntado vagamente si estaba a punto de seguir los pasos vacilantes de sus abuelos.

Lo único bueno, señaló con ironía moviéndose con incomodidad en la cama del hospital, era que “cuando caí de la motocicleta, estaba tan ebrio que no sentí nada”. Al principio, los médicos creían que había sufrido una conmoción cerebral, pero el nivel de alcohol en la sangre de 0.25 sugería una simple intoxicación. Despertó 12 horas después con clavos atravesando su fémur y una resaca terrible. Ahora, 2 días después, sus signos vitales eran estables y normales, excepto por su pulso, que sólo era de 56.

“¿No podría traerme goma de mascar de nicotina?” preguntó Rodney.

Evaluación de Rodney

Por fuerza, se debe comenzar esta discusión con la forma de fumar de Rodney. Las Características esenciales de los trastornos relacionados con sustancias (>>>) incluyen conductas que sugieren problemas fisiológicos o de control. En el caso de Rodney, varias conductas correspondían a la segunda categoría, y todas ellas, como lo exigen los criterios, se había presentado en los 12 meses anteriores. Había pasado gran parte del tiempo consumiendo nicotina (fumar todo el tiempo, criterio A3), y a veces fumaba más de lo que quería (A1). No volvió a experimentar las náuseas y el mareo típicos de los que empiezan a fumar; esto, de acuerdo con el DSM-5, era evidencia de tolerancia (A10b). Después, había pasado mucho tiempo tratando de dejar de fumar (A2) Justo ahí hay cuatro (sólo se requieren dos) de los criterios para diagnosticar el trastorno relacionado con el tabaco.

¿También se debe diagnosticar a Rodney con abstinencia del tabaco? Había fumado todos los días más tiempo de lo que se requiere como mínimo, “varias semanas” (criterio A). En las dos últimas ocasiones, había padecido síntomas típicos de abstinencia: inquietud (B5), depresión (B6), irritabilidad (B1) y problemas para dormir (B7). Aunque estos síntomas no afectaron su funcionamiento mientras estuvo en el hospital, eran angustiantes, y antes le habían causado un problema social con su compañero de cuarto (C). Suponiendo que no tenía otras cuestiones médicas que explicaran sus síntomas (el accidente automovilístico reciente no explicaría sus síntomas en sus intentos anteriores de dejar de fumar), se puede diagnosticar abstinencia del tabaco y agregarla a la lista de síntomas (A11) que apoyan el diagnóstico de trastorno relacionado con el uso de tabaco; el total de 5 justifica emplear el especificador **moderado**. En el DSM-5, el paciente lo

suficientemente enfermo para presentar abstinencia se diagnostica de manera automática con trastorno relacionado con sustancias (cualquiera que ésta sea)), y puede ser moderada o grave.

Entonces, en el momento de su hospitalización, el diagnóstico de Rodney sería en parte:

F17.203 Abstinencia del tabaco

F17.200 Trastorno relacionado con el tabaco, moderado

Ahora se revisa el consumo de alcohol de Rodney. Él nunca había tenido un problema grave con el alcohol. Más de dos veces, no cumplió con su obligación de ir a la escuela, pero el DSM-5 requiere de dos o más síntomas para diagnosticar trastorno relacionado con el alcohol. Claro, andar ebrio en motocicleta también era peligroso para su integridad física, pero tendría que haberlo hecho en varias ocasiones para cumplir con los criterios, y este accidente fue, al parecer, un hecho aislado. Debido a que experimentar con sustancias es la regla entre los jóvenes, hacer un uso de manera consciente de los criterios del trastorno relacionado con sustancias es, si es posible, todavía más importante que en los adultos. Se sugiere que Rodney consiga orientación para abordar todo lo referente al consumo de sustancias.

¿Rodney cumpliría con los criterios de intoxicación por alcohol? No son muy exigentes; requieren un solo síntoma de los mencionados en las Características esenciales. A partir de la viñeta de Rodney, se puede inferir al menos dos: falta de coordinación y pérdida de la memoria. Además, con un nivel de alcohol de 0.25 en la sangre, sólo alguien pedante insistiría en los criterios formales. El código numérico que se obtiene de la tabla 24-1 estaría determinado por la sustancia (alcohol), el tipo de problema (intoxicación) y si el paciente también se puede diagnosticar con un trastorno relacionado con sustancias (no).

El diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias abarca el espectro mental y físico del diagnóstico. Niños y adolescentes también deben tomarse en cuenta con cuidado respecto de los trastornos que se suelen asociar con los padecimientos relacionados con sustancias, sobre todo los **trastornos del estado de ánimo y de ansiedad**. Los **trastornos de la conducta alimentaria** se encuentran con particular frecuencia entre las niñas que abusan de sustancias, mientras que el **trastorno de la conducta** y el **TDAH**, entre los niños.

Es necesario observar que la puntuación del GAF, que en el caso de Rodney sería relativamente alta en el momento de su ingreso al hospital, no debe basarse en información concerniente al padecimiento físico del paciente ni en su situación ambiental. Por otro lado, el WHODAS -*World Health Association Disability Assessment Schedule*, el sistema favorecido en la actualidad por el DSM-5- refleja en gran medida discapacidad física.) Por lo tanto, el diagnóstico completo de Rodney en el momento de su ingreso al

hospital sería el siguiente:

F17.203 Abstinencia del tabaco

F17.200 Trastorno relacionado con el tabaco, moderado

F10.929 Intoxicación por tabaco

S42.202A Fractura del húmero izquierdo, extremo superior, cerrado

S72.301B Fractura abierta, diáfisis (tercio medio), fémur derecho

GAF70 (en el momento de su ingreso)

Ahora se revisará el caso de Rodney al momento de su reevaluación 3 meses después. Si hubiera dejado de fumar, probablemente ya no presentaría la abstinencia del tabaco. Después de que no se han experimentado otros síntomas de un trastorno relacionado con sustancias aparte del deseo durante 3 meses, se puede decir que la persona se encuentra en remisión inicial; después de 1 año, ya es remisión sostenida. Así que en el seguimiento, si Rodney también usara un parche de nicotina, su diagnóstico sería el siguiente:

F17.200 Trastorno relacionado con el tabaco, moderado, en remisión inicial, en mantenimiento en terapia

GAF 75 (actual)

Tabla 24-1. Códigos numéricos del CIE-10 de la intoxicación por sustancias, abstinencia de la sustancia y trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Trastorno y consumo de sustancias (o no)	Consumo/intoxicación/abstinencia			Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos							
	Sólo consumo	Intoxicación	Abstinencia	Psicoótico	Del estado de ánimo	De ansiedad	TOC	Del sueño	Sexual	Delirium I	Del A
Alcohol F10				I/A ^a	I/A	I/A		I/A	I/A		
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14	.180		.182	.181	.121	.121
c/tr. mod./grave	.20	.229 .239 (.232) ^b	.259	.259	.24	.280		.282	.281	.221	.231
Sin tr.		.929		.959	.94	.980		.982	.981	.921	.921
Cafeína F15						I		I/A			
c/tr. leve						.180		.182			
c/tr. mod./grave						.280		.282			
Sin tr.		.929	.93			.980		.982			

Cannabis F12				I		I		I/A			
c/tr. leve	.10	.129 (.122) ^b		.159		.180		.188		.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229 (.222) ^b	.288	.259		.280		.288		.221	
Sin tr.		.929 (.922) ^b		.959		.980		.988		.921	
Fenciclidina F16				I	I	I					
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14	.180				.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229		.259	.24	.280				.221	
Sin tr.		.929		.959	.94	.980				.921	
Otro alucinógeno F16			.983 ^d	I	I	I					
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14	.180				.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229		.259	.24	.280				.221	
Sin tr.		.929		.959	.94	.980				.921	
Inhalantes F18				I	I	I					
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14 ^e	.180				.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229		.259	.24 ^e	.280				.221	
Sin tr.		.929		.959	.94 ^e	.980				.921	
Opiáceos F11					I/A	A		I/A	I/A		
c/tr. leve	.10	.129 (.122) ^b			.14 ^e	.188		.182	.181	.121	.121
c/tr. mod./grave	.20	.229 (.222) ^b	.23		.24 ^e	.288		.282	.281	.221	.23 ^f
Sin tr.		.929 (.922) ^b			.94 ^e	.988		.982	.981	.921	.921
Sed./hip./ansio. F13				I/A	I/A	A		I/A	I/A		
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14	.180		.182	.181	.121	.121
c/tr. mod./grave	.20	.229	.239 (.232) ^b	.259	.24	.280		.282	.281	.221	.231
Sin tr.		.929		.959	.94	.980		.982	.981	.921	.921
Anfetamina F15				I	I/A	I/A	I/A	I/A	I		
c/tr. leve	.10	.129 (.122) ^b		.159	.14	.180	.188	.182	.181	.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229 (.222) ^b	.23	.259	.24	.280	.288	.282	.281	.221	

Sin tr.		.929 (.922) ^b		.959	.94	.980	.988	.982	.981	.921	
Cocaína F14				I	I/A	I/A	I/A	I/A	I		
c/tr. leve	.10	.129 (.122) ^b		.159	.14	.180	.188	.182	.181	.121	
c/tr. mod./grave	.20	.229 (.222) ^b	.23	.259	.24	.280	.288	.282	.281	.221	
Sin tr.		.929 (.922) ^b		.959	.94	.980	.988	.982	.981	.921	
Tabaco F17								A			
c/tr. leve	Z72.0										
c/tr. mod./grave	F17.200		.203					.208			
Sin tr.											
Otra (desconocida) F19				I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A		
c/tr. leve	.10	.129		.159	.14	.180	.188	.182	.181	.121	.121
c/tr. mod./grave	.20	.229	.239	.259	.24	.280	.288	.282	.281	.221	.231
Sin tr.		.929		.959	.94	.980	.988	.982	.981	.921 ^g	.921

Nota. Las abreviaturas de los encabezados de las columnas: TOC, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado; Del sueño; trastorno del sueño; Sexo, disfunción sexual; Delirium I, delirium durante la intoxicación; Delirium A, delirium durante la abstinencia; TNC, trastorno neurocognitivo.

^a I, ocurre durante la intoxicación; A, ocurre durante la abstinencia; I/A, ocurre durante cualquiera de las dos.

^b Dos números en una celda indican códigos separados de intoxicación o abstinencia sin (o con) alteraciones perceptuales.

^c El TNC por alcohol puede presentarse sin o con confabulación y síndrome de amnesia. El número entre paréntesis corresponde al tipo amnésico-confabulatorio.

^d Este código corresponde al trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (véanse las Características esenciales de la abstinencia de las sustancias, (>>>)).

^e En el caso de los inhalantes y opiáceos, sólo pueden encontrar trastornos del estado de ánimo, no bipolares.

^f El delirium por abstinencia de opiáceos sólo tiene dos números después del punto decimal.

^g El delirium debido a medicamentos prescritos que no se ajustan a estas clases de drogas se debe codificar como F19.921

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Sugerencias generales

Sobre todo, con un paciente adolescente, obtener información acerca del consumo de sustancias a menudo significa tratar de extraer algo que es privado de alguien que desea mantenerlo así. Si se encuentra a un adolescente que aún está intoxicado, se pueden observar los signos clásicos como ojos rojos o habla mal articulada. Sin embargo, es mucho más probable que se deba recurrir a información de su historia por parte del paciente sobre y de otros informantes. Si es el primer contacto, se requerirán varias sesiones para explorar esta área.

Algunos jóvenes tienen mayor probabilidad de abusar de una sustancia que otros: los niños mayores y los adolescentes; los que tienen padres que han tenido problemas de consumo de sustancias; los que han sido víctimas de maltrato físico o abuso sexual; los que tienen otros trastornos mentales (sobre todo, del estado de ánimo); y los niños varones mucho más que las niñas. Ningún paciente joven puede considerarse por completo inmune, desde luego, y el área del consumo de sustancias es de una de las cuatro que se deben abordar en las entrevistas de salud mental pediátrica. Las otras son sexualidad, suicidio y trauma sexual/físico. Tal vez será mejor si se espera antes de preguntar acerca de éste y otros temas sensibles (mala conducta, sexualidad, antecedentes de maltrato físico o abuso sexual) hasta que haya avanzado la entrevista, cuando se haya establecido un buen *rapport*. Antes de empezar, es una buena idea establecer algunas reglas básicas, como se describe en la parte I de este libro: “Si sientes que no puedes hablar sobre algo, por favor no me mientas, sólo di ‘Hablemos de otra cosa’.” También se puede hacer hincapié en lo que ya se ha acordado acerca de comunicar (o no) a los padres. Desde luego, si se espera para pedir a los padres que salgan del cuarto para abordar este tema delicado, el tiempo se reduce para obtener información relevante. Si el paciente ya sabe que la razón por la que está ahí es la sospecha de que consuma alguna sustancia, se debe reconocer: “Parece que tus papás están preocupados porque [nombre de la sustancia] te esté haciendo daño. ¿Qué piensas?”

Se puede empezar preguntando por el alcohol, tabaco y marihuana, y suponiendo que la mayoría de los adolescentes han experimentado con alguna de las drogas más aceptadas a nivel social: “¿Qué experiencias has tenido con el alcohol [o una de las otras dos]?” Con suerte, se obtendrá bastante información con esta pregunta abierta. Hay que estar atento a las contradicciones y pedir una aclaración franca: “Estoy confundido. Primero dijiste..., pero ahora dices.... ¿Qué quieres decir?” Observar el lenguaje corporal que sugiera evasivas: cambios de postura, mirada baja, titubeos antes de responder.

Se puede empezar preguntando por el consumo de alcohol y drogas entre sus pares. Poniendo cierta distancia entre el adolescente y la conducta, con esta táctica es posible obtener información más verídica. Otra manera no amenazante de introducir el tema sería preguntar por las drogas que otros consumen en la escuela del paciente: “¿Qué tan difícil sería para alguien meter un marihuana en tu escuela?” Después de determinar algunas de estas generalidades, es más fácil averiguar acerca del consumo del propio paciente. Incluso entonces, se debe empezar despacio preguntando por sus antecedentes: “¿Cuántos años tenías cuando tomaste tu primer cerveza?”

Desde luego, el paciente puede bloquear cualquier acercamiento con sólo negarse a hablar. Entonces, hay que invitarlo a hablar de sus sentimientos: “Me doy cuenta de que este tema te pone [enojado, triste, ansioso]. No te culpo...” Del mismo modo, reconocer y aceptar las “groserías”, que se pueden usar como escudo contra las preguntas indeseables. En ocasiones, el adolescente intenta desviar las preguntas acerca de las sustancias dando ejemplos de sus padres y otros familiares. En ese caso, registrar esta información valiosa acerca de los miembros de su familia, pero debe ser aprovechada para impulsar al paciente: “Ahora cuéntame acerca de *tus* experiencias con el alcohol.” Si el paciente minimiza (o niega) el consumo de alguna sustancia a pesar de que hay evidencias que dicen lo contrario, hay que confrontarlo, de preferencia después de haber establecido una relación sólida que resista la confrontación. “Véamos, dice que nunca has probado la marihuana, pero la semana pasada tu mamá un poco en la bolsa de tus pantalones. No comprendo eso.”

La información que se necesita es extensa y variada. Por cada droga usada, tratar de obtener información sobre los siguientes aspectos:

- Frecuencia y duración del consumo.
- Cantidad promedio de consumo por episodio.
- El efecto valorado del consumo (por ejemplo, sentirse en las nubes, disminuir la incomodidad social, promover la introspección).
- Las consecuencias del consumo (problemas médicos como pérdida del conocimiento, u otras evidencias de un trastorno relacionado con sustancias).
- Los medios del paciente para financiar su consumo de drogas o alcohol (dinero para el almuerzo, robar a los padres, otras actividades ilícitas).

Y no olvidar preguntar sobre el abuso de medicamentos prescritos y de venta libre.

Factores de desarrollo

Los adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar intoxicación grave, incluso al grado de caer en coma. La intoxicación de niños pequeños sugiere maltrato infantil o negligencia. La edad también está asociada con la droga de elección: inhalantes y marihuana son más populares entre jóvenes que entre adultos. Sin embargo, en vista del tiempo requerido para el desarrollo de un trastorno completo relacionado con alguna sustancia, su probabilidad aumenta en edades mayores.

La historia del tratamiento contra el consumo de sustancias podría titularse “Demasiado poco, demasiado tarde”. Aunque los problemas de alcohol suelen empezar en la adolescencia temprana, pocas veces se sospecha de ellos cuando ocurren por primera vez; lo mismo sucede con otras drogas. Algunos autores señalan que los trastornos del aprendizaje y las habilidades sociales problemáticas a menudo preceden al consumo de sustancias, pero identificar la conexión en un paciente representa un reto que aún queda por superarse. Una vez que se han detectado problemas relacionados al consumo de sustancias, pueden pasarse por alto los trastornos que suelen ser comórbidos –trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y TDAH. El resultado general que se puede esperar es que muchos casos de jóvenes de EUA se queden sin tratamiento.



Capítulo 25

Trastornos cognitivos

GUÍA RÁPIDA DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS

Delirium

El delirium es un estado fluctuante que se desarrolla con rapidez y se caracteriza por una consciencia reducida en la que el paciente tiene problemas de orientación y para cambiar y enfocar la atención; hay al menos un defecto de memoria, orientación, percepción, capacidad visoespacial o de lenguaje; el coma o una demencia no explican mejor los síntomas. En pacientes jóvenes, se pueden diagnosticar los siguientes tipos de delirium:

Delirium debido a otra afección médica. El delirium puede ser causado por traumatismo en el cerebro, infecciones, epilepsia, trastornos endocrinos y otras enfermedades del cuerpo.

Delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancias y delirium inducido por medicamentos. El alcohol y otras drogas calmantes, así como casi cualquier clase de droga callejera, pueden causar delirium. Pueden estar implicados medicamentos y venenos.

Otro delirium, especificado o no especificado. Estas categorías se usan cuando el delirium del paciente no cumple con los criterios de ninguno de los tipos descritos en el DSM-5 o cuando no se conoce la causa.

Trastorno neurocognitivo mayor y leve

Tomando como punto de referencia el nivel de funcionamiento previo, el paciente experimenta una disminución en al menos una de estas áreas sintomáticas: atención compleja, aprendizaje y memoria, capacidad perceptual-motriz, funcionamiento ejecutivo, lenguaje y cognición social. El curso de un trastorno neurocognitivo (TNC) suele ser lento (en comparación con el delirium), y la causa, casi siempre, se ubica en el sistema nervioso central. Si hay algún deterioro en la capacidad para enfocar y cambiar la atención, es notable. Por lo general, se puede aplicar uno de los siguientes diagnósticos:

TNC debido a traumatismo cerebral. Lesiones abiertas o cerradas en la cabeza pueden llevar a distintos grados de disfunción cognitiva.

TNC debido a otra afección médica. Un gran número de padecimientos médicos, la mayoría de los cuales son raros en niños y adolescentes, puede provocar síntomas cognitivos. Estos pueden ser tumor cerebral, enfermedad de Creutzfeld-Jakob, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, VIH y adrenoleucodistrofia.¹ Las vías más comunes que resultan de los padecimientos médicos son insuficiencia renal y hepática.

TNC inducido por sustancias/medicamentos. En adultos, entre 5 y 10% de los TNC derivan del consumo de alcohol, inhalantes o calmantes, pero estos son raros en niños y adolescentes.

TNC no especificado. Este diagnóstico se usa en casos de pacientes cuyo TNC no es conocido, o el TNC no cumple con los criterios de ninguno de los tipos descritos en el DSM-5.

INTRODUCCIÓN

Aunque no siempre se puede identificar un agente etiológico subyacente específico, los trastornos cognitivos son causados por padecimientos médicos o por el consumo de sustancias psicoactivas. En cada caso, el resultado es un defecto en la anatomía, química o fisiología cerebral que provoca problemas en las áreas antes mencionadas. Los dos principales grupos de los trastornos cognitivos tienen relevancia para niños y adolescentes: delirium y trastorno neurocognitivo (TNC) mayor y leve. En este capítulo se habla de estos dos grupos de trastornos y se presentan dos viñetas clínicas. También se menciona brevemente el TNC no especificado, que es una categoría en la que caben todos los síntomas cognitivos que no cumplen con los criterios de delirium o de TNC. Es necesario hacer dos breves acotaciones terminológicas. Aunque el DSM-5 se refiere (de manera confusa, en nuestra opinión) a este grupo de trastornos como **trastornos neurocognitivos**, además de designar las diversas formas del TNC mayor y leve, se sigue usando el término del DSM-IV **trastornos cognitivos** para hacer referencia a los diagnósticos que se tratan en este capítulo. Ocasionalmente, también se usa el antiguo término de **demencia** para referir al TNC mayor.

DELIRIUM

F05 Delirium debido a otra afección médica

Delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancias y delirium inducido por medicamentos

El delirium es el trastorno cognitivo más común –y, de acuerdo algunas fuentes, el más común de todos los trastornos mentales. Los niños pequeños, que son presa fácil de fiebres e infecciones, son particularmente vulnerables. Otras causas en pacientes jóvenes son disfunción endocrina, abstinencia o toxicidad de las drogas (en especial, anticolinérgicos), deficiencias vitamínicas, enfermedades de los riñones o el hígado, veneno y anestesia en las cirugías. Se debe observar que la mayoría de estas causas suelen comenzar en el cuerpo más que en el cerebro.

El delirium implica dos clases principales de síntomas: 1) dificultades de atención dispersa y la orientación, y 2) uno o más cambios cognitivos adicionales. Los síntomas se desarrollan con rapidez, en un periodo de días o incluso horas, a menudo son más

agudos en la noche. Véanse las Características esenciales (>>>).

A mitad de una conversación o de su actividad favorita, un niño o adolescente con delirium cae en el estupor de medio sueño (atención alterada) y parece no darse cuenta de su alrededor (atención reducida). Algunos pacientes con delirium piensan con mayor lentitud, parecen vagos o tienen dificultad para resolver problemas. A veces, se debe preguntar varias veces para que un paciente de este tipo responda. Otros pacientes parecen estar en un estado de hiperalerta y se distraen, dirigiendo su atención de un estímulo a otro con rapidez. Imagine un niño con fiebre alta que se debate en la cama y dirige la mirada a las esquinas de la habitación. Otros pacientes más, sobre todo aquellos cuyo delirium es causado por factores metabólicos, pueden experimentar una ralentización de la movilidad física.

El déficit cognitivo se puede manifestar como uno o más problemas de lenguaje, memoria, orientación o percepción:

- El **lenguaje** del delirium es inconexo; puede ser apresurado o incoherente. Los niños mayores y los adolescentes tienen problemas para escribir. Sin embargo, el discurso que sólo está mal articulado, sin ser incoherente, no es indicador de delirium.
- Casi siempre, la **memoria** está deteriorada; la primera en ser afectada es la memoria reciente. La retención y el recuerdo también sufren alteraciones; por lo general, los pacientes recuerdan poco de sus experiencias de delirium.
- Los niños y adolescentes con delirium a menudo están **desorientados**. A veces, no reconocen su alrededor; confunden a otras personas con sus padres y otras personas conocidas. Los que tienen edad suficiente para estar conscientes de fechas, meses, estaciones y años, por lo común, pierden la orientación en el tiempo primero. Sólo en casos extremos, el paciente pierde la consciencia de su propia identidad.
- La percepción **distorsionada** se experimenta en varios niveles de gravedad. En el delirium leve o inicial, el alrededor parece menos claro de lo usual: los límites son vagos; los colores, demasiado brillantes, y las imágenes, distorsionadas. Los adolescentes y los niños mayores son capaces de describir algunos de sus síntomas. A medida que el pensamiento se ve más gravemente distorsionado, los pacientes experimentan **ilusiones**, que son interpretaciones incorrectas de estímulos sensoriales reales. En el extremo de este espectro, se encuentran las **alucinaciones**, que son percepciones falsas en ausencia de un estímulo sensorial. Los niños más pequeños responden a las ilusiones o alucinaciones con miedo y ansiedad.

El delirium suele empezar de repente y a menudo fluctúa en el curso de un solo día. En general, esto significa que el paciente está más lúcido en las mañanas que en las noches, característica que se conoce como síndrome vespertino. Los niños con delirium pueden presentar labilidad emocional, desconfianza, retraimiento social o conducta negativista. La mayoría de los episodios son de relativamente corta duración, de una

semana o menos, y se resuelven rápido una vez que la causa subyacente se ha eliminado.

En la tabla 24-1 se listan los tipos específicos de delirium por consumo de sustancias que se encuentran en niños y adolescentes. Aunque los códigos numéricos son específicos, los criterios son bastante generales. Observe que el código depende del tipo de sustancia consumida, si el delirio tuvo lugar durante la intoxicación o la abstinencia y si se consumió en el contexto de un trastorno relacionado con sustancias. (Éste es material de interés para las personas que codifican expedientes médicos.) Se debe usar el nombre exacto de la sustancia ingerida cuando se hace el diagnóstico. Observar también que el *delirium* por intoxicación (o abstinencia) y la llana intoxicación (o abstinencia) por sustancias debida a la misma sustancia no se deben diagnosticar juntas; siempre que los síntomas sean de la suficiente gravedad para justificar el diagnóstico de delirium, debe ser el único. Por último, se debe recordar que el delirium se puede inducir por medio de un medicamento prescrito, y que en tales casos casi siempre se debe a la toxicidad. Estos medicamentos se categorizan como “otras” sustancias y se codifican con los nombres exactos del medicamento seguido de “inducido” (y no “intoxicación”).

Max

Max tenía 5 años cuando fue llevado al pabellón infantil de un hospital comunitario de una universidad en una población del medio oeste. Max y Deborah, su hermana de 6 años de edad, vivían con sus abuelos maternos, quienes dijeron al empleado de la unidad de urgencias que Max había estado bien hasta esa tarde, en que había regresado de jugar. Al principio, pensaron que sólo estaba cansado; una hora después parecía ebrio. Cuando orinó intencionalmente en una esquina de la sala de estar, se dieron cuenta de que había algo muy mal y lo llevaron a una evaluación. Deborah aterrada relató que, mientras los dos niños jugaban al doctor, Max se había tragado varias pastillas de su abuelo. Las pastillas que ella mostró contenían diazepam y amitriptilina.

En el examen inicial de esa tarde, Max lucía aletargado. No tenía niveles tóxicos de tricíclicos en la sangre, ni anomalías en el ECG que requirieran transferirlo a una unidad de cuidados intensivos. Aunque respondía a los estímulos, su mirada, dirigida a las cortinas del lado de su cama, parecía dormida cuando los miembros del equipo médico trataban de hablar con él. Por un momento, su estado de ánimo fue eufórico, y habló de algo de ser doctor, como si ya lo fuera.

Después esa tarde, se veía temeroso y agitado; se movía con inquietud en su cama, al parecer tratando de encontrar una moneda que creía haber perdido. Confundió a una enfermera con su mamá, y un bolígrafo, con una pistola. Después dijo espontáneamente, “No soy una patineta nueva, son un franchute”. En distintos momentos dijo que estaba en casa y “en una prisión para perros”. Su agitación evitó hacer una lectura completa del EEG obtenido esa tarde, pero se informó una “desorganización grave y enlentecimiento.”

Max durmió la mayor parte del siguiente día, 48 horas después de su ingreso había mejorado mucho. Ahora podía nombrar el hospital, identificar a sus abuelos y a su ya enfermera favorita, y nombraba correctamente a los objetos cotidianos. El siguiente día fue dado de alta en calidad de recuperado.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL DELIRIUM

En un periodo corto, el paciente desarrolla problemas de atención dispersa y de orientación, sobre todo en el ambiente; se presentan cambios cognitivos adicionales (memoria, uso del lenguaje, desorientación en otras áreas, percepción, capacidad visomotriz). La gravedad fluctúa en el curso del día. La causa puede ser un padecimiento físico, consumo de sustancias, intoxicación o alguna combinación de éstos.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración del inicio (horas o días; por lo general, breve, pero puede durar más) • Diagnóstico diferencial (trastorno neurocognitivo mayor, coma, trastornos psicóticos).

Notas de codificación

Especificar si:

Hiperactivo. Agitación o de otro modo con mayor actividad.

Hipoactivo. Actividad psicomotriz reducida.

Nivel mixto de actividad. Niveles de actividad normales o fluctuantes.

Especificar la duración:

Aguda. Dura horas o algunos días.

Persistente. Dura semanas o más.

Los códigos numéricos del delirium causado por sustancias (y medicamentos) se presentan en la tabla 24-1.

Evaluación de Max

El nivel de consciencia de Max estaba muy alterado por la tarde y al día siguiente de su ingreso al hospital; a menudo estaba adormilado y no podía mantener la atención por más de unos instantes (criterio A). El cambio cognitivo (C) fue evidente en sus problemas de lenguaje (mucho de lo que decía eran incoherencias), orientación y percepción. Estos síntomas se habían desarrollado en pocas horas (B) después de ingerir medicamentos tóxicos (en dosis excesivas) para el sistema nervioso central (E).

La alternativa más común que se considera en el diagnóstico diferencial del delirium

TNC leve o mayor, cuya probabilidad a descartar en parte por la rapidez del inicio y, en parte, por la falta de otra posible etiología (D). La presencia de alucinaciones podría sugerir un **trastorno psicótico**, que también se descarta por el inicio agudo. Aunque en cualquier niño que se presenta como Max se deben considerar otras **afecciones médicas**

(como trauma en la cabeza o enfermedad infecciosa) que ocasiona delirio, y la información que aportó su hermana señaló con precisión la etiología. El DSM-5 señala que la **simulación** y el **trastorno facticio** también deben considerarse cuando los síntomas no son por completo los típicos del delirium y cuando no hay un agente causante evidente, pero cualquiera de estas dos posibilidades es muy rara en niños.

Observe que no se considera el padecimiento de Max como un delirium inducido por medicamentos, que es un diagnóstico que se utiliza cuando los síntomas son efectos secundarios de un fármaco prescrito. Aunque los fármacos relacionados con el delirium de Max reciben exactamente el mismo código numérico, debido a que los dos contribuyeron a la intoxicación, cada uno sería codificado por separado como lo establece la tabla 24-1. Vivir separado de sus padres podía complicar el cuidado de Max y su hermana, así que se codificó de la manera más específica posible. El diagnóstico completo de Max sería el siguiente:

F19.121 Delirium por intoxicación por diazepam, hipoactivo
F19.121 Delirium por intoxicación por amitriptilina, hipoactivo
Z62.29 Separado de los padres (vive con sus abuelos)
CGAS 90 (en el momento de su alta)

RR41 Otro delirium especificado

R41.0 Delirium no especificado

Los diagnósticos de otro delirium especificado y no especificado se deben reservar para los casos que no cumplen con los criterios de los tipos de delirium antes descritos, o para los casos en que se desconoce la causa. La categoría de otro delirium especificado se usa cuando se desea indicar por qué un caso no cumple con los criterios de ninguno de los tipos.

ÁREAS DE DOMINIOS

El DSM-5 describe seis áreas (dominios) que son centrales para comprender todos los trastornos cognitivos, en especial lo que ahora se denomina TNC leve o mayor.

Atención compleja

Por **atención compleja**, se entiende a la capacidad de enfocarse en tareas de modo que las distracciones no impidan su conclusión. Es más que el simple periodo de atención que se evalúa pidiendo al paciente que repita una serie de números o que deletree una palabra en orden inverso; la atención compleja implica velocidad de procesamiento, mantener unidades de información en la mente y ser capaz de hacer más de una cosa al mismo tiempo, como resolver problemas escolares en casa mientras ver un video musical. En el TNC leve, el paciente todavía puede llevar a cabo tareas, aunque tiene que hacer esfuerzos adicionales.

Aprendizaje y memoria

La memoria existe en muchas formas. El acrónimo PETS puede ser una herramienta mnemotécnica:

- **Memoria procedimental.** Este tipo de memoria permite aprender una secuencia de conductas y repetirlas sin tener que hacer un esfuerzo consciente, de modo que se pueden ejercitar habilidades como andar en bicicleta o tocar el piano.
- **Memoria episódica.** Ésta es la memoria de los eventos que se experimentan como historia personal: lo que recibiste en tu cumpleaños número 12, dónde pasaste las vacaciones pasadas, el postre que elegiste en la cena de anoche. La memoria episódica a menudo es visual y siempre adopta el punto de vista del individuo.
- **Memoria de trabajo.** Se refiere al almacenamiento de muy corto plazo de información que se procesa de manera activa en determinado momento. Se pone a prueba pidiendo al paciente que realice mentalmente una operación aritmética o deletree palabras en sentido inverso. A menudo se considera sinónima de la *atención*.
- **Memoria semántica.** Éste es el tipo de memoria que implica el conocimiento general; en pocas palabras, hechos y números. Es a donde llega por último la mayor parte de lo que aprendemos, porque ya no lo asociamos con algo concreto de nuestras vidas, como dónde estábamos cuando el aprendizaje tuvo lugar.

La memoria de trabajo es breve, quizá dura unos cuantos minutos. En las otras memorias, los recuerdos pueden perdurar muchos años, aunque los recuerdos episódicos tienden a ser más breves que los semánticos.

Si la memoria se deteriora, requiere mayor tiempo procesar información. Por ejemplo, una persona podría tener problemas para hacer mentalmente una operación aritmética o repetir una historia que acaba de ser narrada, o retener en la mente un número telefónico lo suficiente para poder marcarlo. Con un TNC avanzado, los pocos apoyos que una vez ayudaron pierden su efecto.

Capacidad perceptomotriz

La *capacidad percepto motriz* se refiere a la capacidad de asimilar y utilizar la información visual. Aunque la visión por sí misma es normal, la persona tiene problemas para desplazarse en su ambiente inmediato, sobre todo cuando las pistas perceptuales se reducen (como en el atardecer o en la noche). Los trabajos manuales y los oficios requieren de mayor esfuerzo; copiar un diseño en una hoja de papel puede representar problemas. Al igual que con otros atributos del funcionamiento neurocognitivo, los problemas de esta área forman parte de un continuo de cero a leve, a mayor.

Funcionamiento ejecutivo

El *funcionamiento ejecutivo* es el mecanismo que se usa para organizar ideas sencillas y unidades de conducta en otras más complejas en el camino a una meta: vestirse, seguir una ruta, terminar una tarea escolar. Los pacientes con un funcionamiento ejecutivo defectuoso tienen problemas para interpretar información nueva y adaptarse a nuevas situaciones. Planear y tomar decisiones resulta difícil; la conducta se vuelve determinada por el hábito, más que por la razón o por las correcciones después de cometer errores.

Lenguaje

La categoría de *lenguaje* comprende el lenguaje receptivo y expresivo; esta última incluye nombrar (la capacidad de decir el nombre de un objeto como una pluma fuente), fluidez, gramática y sintaxis (la estructura del lenguaje). Algunos pacientes dan rodeos tratando de recordar las palabras que necesitan. Su discurso se vuelve vago, con detalles innecesarios y manidos; al final, pueden dejar de hablar por completo.

Cognición social

Por *cognición social*, se entiende a los procesos que ayudan a reconocer las emociones de las demás personas y responder de manera adecuada. La cognición social incluye la toma de decisiones, empatía, juicio moral, conocimiento de las normas sociales, procesamiento emocional y *teoría de la mente* –la capacidad de imaginar que las demás personas tienen creencias y deseos y reconocer que sus ideas pueden ser diferentes de las propias. Alguien cuya cognición social es deficiente puede tener problemas para reconocer la emoción en las expresiones faciales. Algunas de estas personas pueden ser demasiado cordiales; otras no se apegan a los estándares aceptados de la propiedad o de la interacción social convencional.

Trastorno neurocognitivo debido a otra afección médica

Al pensarlo, el TNC infantil parece una contradicción de términos. La infancia es un periodo de crecimiento, pero el TNC es, en realidad, debilitamiento; por ejemplo, piense en el TNC debido a la enfermedad de Alzheimer. Desde luego, el Alzheimer no afecta a los niños ni a los adolescentes; tampoco el TNC inducido por sustancias/medicamentos se presenta con la suficiente frecuencia en niños o adolescentes como para hablar más de él en este libro. Sin embargo, los niños y adolescentes pueden ser presa de algunos padecimientos médicos que inducen TNC, como un trauma en la cabeza o VIH. Entonces, según las Características esenciales del TNC (>>>), éste se puede diagnosticar en cualquier momento después de los 3 o 4 años de edad, que es la menor edad en que la inteligencia se puede medir de manera confiable con pruebas objetivas.

En contraste con el delirium, el sitio de la patología subyacente en el TNC se encuentra dentro de los tejidos del propio cerebro. Aunque se piensa en la demencia como permanente e inevitablemente progresiva, es reversible en algunos casos. Esto ocurre sobre todo en casos de niños pequeños, cuyo cerebro aún tiene la suficiente plasticidad para recuperarse de las lesiones que incapacitarían de manera permanente a un adulto.

El TNC empieza gradualmente. El niño pierde el interés en la escuela o en actividades recreativas. El juicio y el control de impulsos empiezan a padecer. Con una capacidad reducida para comprender, analizar y recordar, los pacientes de cualquier edad tienen que ayudarse del esquema de los viejos hábitos para superar el día. En el caso de los niños, eso suele ser una estructura frágil.

Todos los pacientes con TNC tienen las siguientes características en común:

- **Debilitamiento.** Sin importar la gravedad (leve o mayor), hay una regresión respecto del nivel previo de funcionamiento. Aunque los pacientes que siempre han tenido un funcionamiento bajo (como los que presentan discapacidad intelectual) no se consideran automáticamente con demencia, un niño de este tipo puede desarrollar un TNC, como cualquier otra persona. Como ahora es bien sabido, muchos pacientes con síndrome de Down desarrollan el TNC debido a la enfermedad de Alzheimer en años posteriores.
- **Evaluación formal.** El debilitamiento debe ser suficiente para que el paciente obtenga puntuaciones por debajo de las normas aceptadas de pruebas estandarizadas, o hacer que el cuidador llegue a la misma conclusión con base en la evaluación clínica.
- **No un delirium.** Si los síntomas se presentan sólo cuando el paciente tiene un delirium, no se puede diagnosticar el TNC. Sin embargo, los dos padecimientos pueden ocurrir juntos, como cuando a un niño que tiene un TNC debido a traumatismo cerebral se le prescriben medicamentos que inducen un delirium por intoxicación por sustancias.

- **No hay mejor explicación.** Otros trastornos mentales (como la esquizofrenia, que una vez se llamó *dementia praecox*) no explican mejor los síntomas.
- **Deterioro.** Por último, la diferencia importante entre el TNC mayor y leve es la siguiente. En el primero, la pérdida de la capacidad cognitiva afecta de manera definitiva la vida escolar, laboral o social del paciente. En el segundo, el funcionamiento no está deteriorado, pero el paciente tiene que hacer esfuerzos extra o recibir ayuda especial o tener recordatorios para hacer las cosas. De un modo u otro, los pacientes con TNC leve aún pueden arreglárselas por sí solos, mientras que los que tienen un TNC mayor/demencia no pueden hacerlo.

Trastorno neurocognitivo debido a traumatismo cerebral

Muchos niños y adolescentes desarrollan un TNC, resultado de una lesión en la cabeza que tiene lugar al patinar o andar en bicicleta, trepando algún juego o realizando alguna otra actividad física.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRASTORNO NEUROCOGNITIVO (MAYOR) (MENOR)

Alguien (el paciente, un familiar, el clínico) sospecha que ha habido un debilitamiento {notable} {pequeño} en el funcionamiento cognitivo. En las pruebas formales, el paciente obtiene puntuaciones por debajo de las normas aceptadas por {2+} {1-2} desviaciones estándar. Otra posibilidad es que la evaluación clínica llegue a la misma conclusión. Los síntomas {materialmente} {no} deterioran la capacidad del paciente para funcionar de manera independiente. Es decir, el paciente {no} {puede} adaptarse a actividades de la vida cotidiana como pagar las cuentas o administrarse los medicamentos haciendo un mayor esfuerzo o empleando estrategias compensatorias (por ejemplo, teniendo listas).

Las letras pequeñas

Una desviación estándar (1 DE) debajo de la norma se ubicaría en el percentil 16; 2 DE por debajo de la norma, se ubicarían en el percentil 3.

Las D: • Duración (los síntomas tienden a ser crónicos) • Diagnóstico diferencial (delirium, trastorno de depresión mayor [seudodemencia] psicosis).

Notas de codificación

Especificar si:

Con alteración del comportamiento (*especificar el tipo*). El paciente presenta conductas de relevancia clínica como agitación, apatía o experimenta alucinaciones o problemas del estado de ánimo.

Sin alteración del comportamiento. No hay tales dificultades.

En las tablas 25-1a y 25-1b se presentan la redacción y los códigos reales.

En el caso del TNC mayor, especificar

Leve. El paciente requiere de ayuda con sus actividades cotidianas, como hacer quehaceres del hogar o administrar su pensión.

Moderado. El paciente necesita ayuda incluso con cosas básicas como vestirse y comer.

Karl

Cuando Karl tenía 10 años de edad, se cayó de la bicicleta. Un martes justo después de la cena, dejó colgado su casco en la silla de su dormitorio y salió con tres amigos. Su madre no tenía idea de dónde estaba hasta que el hospital llamó cerca de las 20:30 horas. Había ingresado al centro de atención a traumatismos.

Los padres de Karl llevaban años divorciados. Él y su madre habitaban una vivienda subvencionada cerca del centro de su poblado. Cuando no estaba bebiendo, el padre de Karl estaba en el mar ocupándose del motor de un barco pesquero. Cada algún mes regresaba, llevaba al cine a Karl o a un juego de pelota; luego discutía con su madre y desaparecía otra vez.

Tal vez fue en su visita más reciente, cuando hubo una tarde de juego de beisbol, lo que distrajo la atención de Karl del camino. Incluso mucho después de que se había recuperado, su recuerdo de este día completo estaba casi en blanco. El informe policíaco afirmaba que él viró bruscamente su bicicleta y se interpuso en el camino de una camioneta que se acercaba despacio, y fue lanzado varios metros hasta unos arbustos. Despertó horas después por el dolor terrible de cabeza y un brazo roto.

Esa tarde, la placa de rayos X y una tomografía computarizada resultaron normales. Se hizo un EEG justo después de que despertó, y se encontró una ralentización no específica; dos semanas después, resultó por completo normal.

Karl fue dado de alta del hospital al tercer día. Aunque gran parte del tiempo parecía ser el mismo, se enojaba y se molestaba fácilmente. Durante algunos días, se despertaba en la noche y vagaba por la casa unos 15 o 20 min antes de regresar a la cama.

El lunes siguiente, regresó a la escuela. Siempre había sido un buen estudiante con periodos de atención excelentes, pero en los meses posteriores al accidente, su rendimiento se vio afectado. Tres meses después de regresar a clases, por primera vez desde que iba a la escuela, la caja de “no puso atención en clase” tenía una tarjeta con su nombre. El comentario de su maestra decía, “Karl se ve inquieto y distraído; con frecuencia abandona su lugar y anda por todo el salón distraendo a los demás niños. Parece que ya no le importa terminar las tareas”.

“La señorita Simpson, en verdad, ha sido estupenda con Karl”, dijo su madre cuando lo llevó a la siguiente evaluación. “Envía sus tareas directamente mediante una aplicación a su teléfono, para que se acuerde de lo que tiene que hacer”. Ella explicó que el teléfono sólo usaba Wi-Fi, y que tenía “un mar” de controles parentales. Con todo y eso, aún se

le olvidaban bastantes cosas de sus quehaceres de la casa; logró cumplir con la mayor parte de sus tareas escolares. Pero la nueva bicicleta que su padre le llevó se quedó sin usar en el almacén de su departamento.

Karl era un niño de complexión delgada que parecía un año menor respecto de la edad que tenía. Aún no eran visibles los caracteres sexuales secundarios y su voz no había empezado a cambiar aún. Aceptó haber tenido dolores de cabeza casi todos los días desde el accidente, aunque sentía que en los últimos días parecían mejorar. Hablaba perfecta y claramente, y se expresaba con oraciones coherentes y lineales. Negó enfáticamente haber tenido experiencias relacionadas con alucinaciones o delirios. Sin embargo, las voces del pasillo y el ruido de los camiones de la calle lo distraían con frecuencia; varias veces, el clínico tuvo que redirigir su atención a la conversación

Tabla 25-1a. Códigos de los TNC leve y mayor: cinco etiologías			
Etiología ^a	TNC mayor debido a {probable} {posible} [etiología] ^b		TNC leve {con} {sin} alteración del comportamiento ^c
	Con alteración del comportamiento	Sin alteración del comportamiento	
Enfermedad de Alzheimer	G30.9 Enfermedad de Alzheimer		(Ningún código de trastorno médico)
	F02.81	F02.80	
Degeneración de lóbulo frontotemporal	G31.09 Enfermedad del lóbulo frontotemporal		
	F02.81	F02.80	
Enfermedad por cuerpos de Lewy	G31.83 Enfermedad por cuerpos de Lewy		G31.84 TNC leve debido a [etiología]
	F02.81	F02.80	
Enfermedad de Parkinson	G20 Enfermedad de Parkinson		Mencionar si {probable} {posible}, y {con} {sin} alteración del comportamiento
Enfermedad vascular	F01.51		

^a Sólo las cinco etiologías del TNC de la tabla 25-1a incluyen los niveles de certeza de probable y posible.

^b Bajo las reglas revisadas (no incluidas en la versión impresa del DSM-5), se debe asentar en palabras si el TNC mayor se debe a una enfermedad **probable** o **posible**; la numeración es la misma.

^c En el TNC leve, no se incluye el presunto factor causal (por ejemplo, enfermedad de Parkinson). Eso se debe a que el nivel de certeza en relación a la causa es mucho menor en el TNC leve que en el mayor. Además, aunque no hay un código numérico para la alteración del comportamiento, indicarlo con palabras. Por último, por cada TNC leve de la tabla 25-1a, se pueden agregar palabras para indicar si es probable o posible; sin embargo, otra vez no hay diferencia en los códigos numéricos.

Tabla 25-1b. Códigos de los TNC leve y mayor: todas las demás etiologías			
Etiología	TNC mayor ^a		TNC leve ^b
	Con alteración del comportamiento	Sin alteración del comportamiento	
Traumatismo cerebral	S06.2X9S ^c		(Ningún código de trastorno médico)
	F02.81	F02.80	
Infección por VIH	B20 Infección por VIH		
	F02.80	F02.80	
Enfermedad de Huntington	G10 Enfermedad de Huntington		
	F02.80	F02.80	
Enfermedad por priones	A81.9 Enfermedad por priones		G31.84
	F02.80	F02.80	TNC leve debido a [etiología]
Otra afección médica	## Nombre del CIE-10		
	F02.80	F02.80	
Inducido por sustancias/medicamentos	Véase tabla 24-1		(No se habla de {probable} {posible})
Etiologías múltiples ^d	(Múltiples series de números y nombres)		
	F02.81	F02.80	

^a Bajo las reglas revisadas (no incluidas en la versión impresa del DSM-5), es necesario asentar en palabras si el TNC mayor se debe a una enfermedad **probable** o **posible**; la numeración es la misma.

^b En el TNC leve, no incluye un presunto factor causal (por ejemplo, infección por VIH). Eso se debe a que el nivel de certeza en relación a la causa es mucho menor en el TNC leve que en el mayor. Además, aunque no hay un código numérico para la alteración del comportamiento, indícalo con palabras.

^c Los dos códigos para la lesión traumática cerebral eran demasiado largas para insertarlos en la tabla: S06.2X9S = traumatismo cerebral difuso con pérdida de consciencia de duración sin especificar, secuela.

^d Si un trastorno vascular contribuye en la causalidad múltiple, registrarlo como uno de causas múltiples.

Evaluación de Karl

Karl había sufrido un traumatismo en la cabeza del tipo que se suele asociar con TNC muy graves. Tenía problemas para mantener la atención en la escuela, pero no había evidencias del tipo de cambio cognitivo (problemas de memoria, desorientación, lenguaje

o percepción) requerido para diagnosticar **delirium**; sus síntomas tampoco fluctuaban a lo largo del día (criterios C). No obstante, por mucho tiempo después del accidente, los periodos reducidos de atención de Karl dificultaron la adquisición de nueva información en clase (A1); para determinar si su padecimiento cumple con el criterio A2, sería necesario hacer pruebas neuropsicológicas. Su debilitamiento era relativamente modesto, limitado a la atención compleja, lo cual afectaba su capacidad para adquirir conocimientos. Sin embargo, podía emplear una estrategia compensatoria (la aplicación de su teléfono –criterio B) para ayudarse a seguir estudiando de manera independiente.

El diagnóstico de **cambio de personalidad debido a traumatismo cerebral** podría, con el tiempo, estar justificado (el traumatismo en la cabeza, sin duda, puede provocar cambios de personalidad), pero Karl había tenido los síntomas por sólo unos cuantos meses, y en el caso de los niños este diagnóstico requiere al menos 1 año de alteraciones en el comportamiento. Los síntomas de Karl también sugerían la posibilidad de un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad. Como siempre que un diagnóstico está en duda, estas dos categorías deben considerarse con cuidado; sin embargo, en el caso de Karl, los datos no apoyaban tales diagnósticos (D). En el momento de la evaluación, su diagnóstico completo era el siguiente:

S06.2X9S Traumatismo cerebral difuso con pérdida de consciencia de duración sin especificar, secuela
G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento
Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio
CGAS 80 (en el momento de la evaluación)

El DSM-5 no dice que, en el caso del TNC leve, no se debe listar la causa putativa subyacente. Esta prohibición general supuestamente evita que se anoten etiologías de las que no hay certeza, y la certeza no es una característica del TNC leve. Sin embargo, en un caso como el de Karl, en que hay seguridad de la causa subyacente, se siente la obligación de ir contra la regla del DSM-5 y asentar la causa en el escrito. Existe la confianza en que el neurólogo del hospital que atendió a Karl hizo esto.

R41.9 Trastorno neurocognitivo no especificado

El diagnóstico de TNC no especificado se debe reservar para las situaciones en que los síntomas no cumplen con los criterios de ninguno de los padecimientos descritos en otro apartado este capítulo del DSM-5, o (con mayor frecuencia) cuando se trate de pacientes de los que se carecen evidencias suficientes para confirmar una etología.

Aunque aún existe preferencia por el menos complicado y más comprensible término de **demencia** en lugar de **TNC mayor**, el caso de Karl ilustra el valor de la nueva terminología del DSM-5. El término menos peyorativo de **TNC leve** a menudo es más adecuado en casos de niños y adolescentes. Permite describir un padecimiento sin la connotación de que no hay opciones de tratamiento y de una vida que se tenga que pasar con capacidades cognitivas limitadas.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS

Sugerencias generales

Como la mayoría de los diagnósticos, los trastornos cognitivos se presentan en diversas formas dependiendo de la edad y la etapa de desarrollo del paciente (véase más adelante). En los niños más pequeños, los cambios conductuales pueden ser lo más evidente. Sobre todo en el delirium, los periodos reducidos de atención a menudo se manifiestan como problemas de concentración. Un niño con delirium puede dormir durante la entrevista. Otra posibilidad es que las dificultades de atención se muestren como una notable inquietud a menudo acompañada de irritación. En ese caso, si incluso los padres son incapaces de calmar a su hijo, el delirium puede ser la causa. Enroscar las sábanas también sugiere delirium.

Al igual que con los demás diagnósticos del DSM-5, es esencial contar con una historia clínica completa. Los cambios en la capacidad cognitiva sólo se pueden evaluar con respecto a los niveles previos del desarrollo. Por ejemplo, ¿un niño que ahora tiene dificultades para formular oraciones o controlar los esfínteres alguna vez ha tenido esas capacidades? La respuesta establece la diferencia entre un trastorno cognitivo y un retraso del desarrollo. El abuso sexual y otros problemas psicológicos también semejan los síntomas del TNC.

Una observación y evaluación cuidadosas y constantes son de especial importancia en casos de niños que han sufrido un traumatismo cerebral, hayan o no estado inconscientes. Los desequilibrios metabólicos o las disfunciones cerebrales estructurales pueden inferirse de manifestaciones físicas como temblores, convulsiones, postura anormal o agudeza visual pobre. Los niños con trastornos cognitivos distintos al delirium parecen lentos al estudiar o iniciar un juego. Tienen problemas para planear actividades y a veces son considerados perezosos. Pueden ser concretos al responder, lo cual sugiere una inteligencia que contradice su capacidad innata real.

La desinhibición del lóbulo frontal produce diversos cambios en la personalidad de un niño, que puede volverse desafiante, demasiado franco, impulsivo, descuidado en su aseo, o habla demasiado y hace comentarios personales inapropiados. Las emociones se pueden describir como de mal humor (lábilis) o irritables.

Factores de desarrollo

Los temas que se manifiestan en las alucinaciones de un delirium reflejan la edad del paciente: un niño pequeño puede soñar con sándwiches de mantequilla de cacahuete o escenarios de abandono.

La evaluación de la atención y concentración es de especial dificultad en niños pequeños, cuya cooperación y comprensión de las tareas aún son inmaduras. El diagnóstico de TNC requiere que se demuestre un retroceso respecto del nivel cognitivo previo, de modo que eso no se puede hacer sino cuando el intelecto del niño se pueda medir de manera confiable (a la edad de 4 o 5 años).

La edad del niño es mucho menos importante en la determinación de la psicopatología de lo que son la naturaleza, ubicación y gravedad del padecimiento médico subyacente. No obstante, he aquí dos principios: 1) los efectos de un traumatismo cerebral que son especialmente graves en los niños menores de 2 años de edad, quienes son propensos a tener hematomas subdurales; y 2) los adolescentes, en virtud de que son bulliciosos, su poca experiencia, su nivel de actividad y, a menudo, su falta de juicio, son particularmente vulnerables a los accidentes automovilísticos y a otras causas accidentales de traumatismo cerebral.

Alguna vez, las lesiones en la cabeza fueron la causa más frecuente de TNC en niños, pero otros trastornos que se suelen encontrar en adultos pueden ser factores etiológicos: enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, leucodistrofia metacromática, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral y exposición crónica al plomo. En el siglo XXI, la encefalopatía por VIH/SIDA puede convertirse en la causa más frecuente de TNC en niños y adolescentes.

Notas

- ¹ Aparición en la película *Lorenzo's Oil*, nominada a premios de la Academia en 1992.



Capítulo 26

Trastornos de la personalidad

INTRODUCCIÓN

El DSM enumera 10 trastornos de la personalidad específicos, divididos en tres grupos, además de un padecimiento más. Debido a que estos 11 padecimientos muy rara vez se diagnostican en niños o adolescentes, no se revisan de manera individual en este capítulo; tampoco se presenta una Guía Rápida. Sin embargo, se analizan de modo muy breve por consideración al diagnóstico diferencial.

- **Grupo A.** Por lo general, retraídos, fríos, desconfiados o irracionales, los pacientes con trastornos del Grupo A suelen tener pocos amigos o compañeros cercanos. El Grupo A incluye trastornos de la personalidad esquizotípica, esquizoide y paranoide.
- **Grupo B.** Los trastornos del Grupo B se caracterizan por conducta dramática, emocional y de búsqueda de atención; por estados de ánimo superficiales, lábiles; y por conflictos interpersonales intensos. Aquí se incluyen los trastornos de la personalidad narcisista, histriónica, límite y antisocial.
- **Grupo C.** Los pacientes del Grupo C son a menudo ansiosos, tensos o sobrecontrolados. El Grupo C incluye trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva, dependiente y evitativa.
- Otra causa de alteraciones duraderas del carácter es el **cambio de la personalidad debido a otra afección médica**, en el cual una enfermedad física afecta cómo el paciente trata con las demás personas. Debido a que se origina en una enfermedad somática, que puede no ser generalizada, y empieza cuando el paciente ya no es joven, no se clasifica como un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos mentales distorsionan la manera en que una persona se comporta y se relaciona con los demás. Tales efectos son probables sobre todo en los trastornos del estado de ánimo (véase capítulo 13), los trastornos psicóticos (capítulo 12) y trastornos cognitivos (capítulo 25).

PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES JÓVENES

Aunque algunos expertos creen que los trastornos de la personalidad pueden diagnosticarse en adolescentes de manera confiable, pocos harían esta afirmación tratándose de niños. Con las relaciones entre los trastornos del niño, los del adulto y los de la personalidad en adultos, todavía no bien comprendidas, el estudio de los trastornos de la personalidad de la infancia aún está en pañales. Varios rasgos de los trastornos de la personalidad restringen su aplicación a jóvenes, en especial, a niños pequeños:

- Los criterios del DSM-5 de los trastornos de la personalidad exigen un patrón de toda la vida de experiencias y conductas. Los niños (en especial, los pequeños) simplemente no han vivido el tiempo suficiente para alcanzar este estándar.
- Cuando se hace un diagnóstico de trastorno de la personalidad en adolescentes, éste tiende a ser inestable.
- Los estándares cambiantes del diagnóstico fomentan la incertidumbre en el proceso del mismo (el DSM-5 casi abandona el esquema tradicional de diagnóstico categórico de los trastornos de la personalidad en favor de un esquema dimensional; este cambio aún se puede presentar en una edición posterior. Mientras tanto, el esquema dimensional se incluye en la Sección III del DSM-5, “Medidas y modelos y Emergentes”).
- En realidad, a medida que un diagnóstico de trastorno de la personalidad pierde aceptación (considerar el caso de trastorno de la personalidad pasivo-agresivo), es de suponer incluso menor estabilidad en este proceso de diagnóstico.
- Muchos adolescentes y adultos cumplen con los criterios de distintos trastornos de la personalidad.
- De acuerdo con los criterios del DSM-5, el trastorno de la personalidad mejor validado, el trastorno de la personalidad antisocial (TPAS), no se puede diagnosticar antes de los 18 años de edad.

Es necesario considerar los síntomas conductuales que constituyen los trastornos de déficit de atención, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (véanse capítulos 11 y 23). En las décadas más recientes, se ha documentado bien que estas conductas predicen a menudo dificultades sociales generalizadas en la vida posterior. Estas dificultades no son necesariamente graves, sin embargo; tampoco implican que los individuos seguirán actuando de manera antisocial. De hecho, menos de la mitad de los adolescentes que cumplen con los criterios de trastorno de la conducta con el tiempo se

rediagnostican con TPAS. No obstante, es poco común que los niños con problemas de conducta lleguen a ser adultos sin alguna patología mental diagnosticable. También es sumamente inusual que los adultos con trastornos de la personalidad tengan antecedentes de conducta infantil y adolescente normal.

Considerando todos estos factores, se recomienda no diagnosticar trastornos de la personalidad específicos en ningún caso de niños y casi en ninguno de adolescentes. Se invita a usar los criterios genéricos de los trastornos de la personalidad (véase Características esenciales más adelante) e indicar en el cuerpo de la evaluación el nivel de incertidumbre que evite calificar a los pacientes jóvenes con diagnósticos peyorativos e influir en los juicios de los clínicos futuros sobre tales pacientes.

Continuación de la evaluación de Jim

Jim, como se revisó en el capítulo 23 ([>>>](#)), cumple con los suficientes criterios de trastorno de la conducta. ¿Cuál de los trastornos de la personalidad podría ser apropiado? ¿Ninguno? La lectura de principio a fin de las Características esenciales de un trastorno genérico de la personalidad sugiere la siguiente evaluación:

Jim presentó un patrón de toda la vida de problemas de conducta y una manera de percibir el mundo que era sumamente distinta respecto de las expectativas de su madre y maestros. Al menos tres áreas de su vida fueron afectadas: cognitiva (percibía los errores en los demás, no en él mismo); afectiva (cuando menos, mostró una respuesta emocional inapropiada cuando el entrevistador mencionó el daño al otro niño); e interpersonal (tenía antecedentes de acoso escolar y extorsión). El entrevistador tendría que buscar alguna evidencia de anomalías en el control de impulsos. Estas conductas se presentaban en varias situaciones (casa, escuela, entorno social) y deterioraron su funcionamiento personal y social.

¿Otros diagnósticos podrían explicar los síntomas de Jim? Además de los que ya se han descartado (véase la discusión del capítulo 23 del caso de Jim), la viñeta no proporciona evidencia que apoye un **trastorno físico o relacionado con sustancias**. No presentó síntomas que indicaran, ni vagamente, un **trastorno de ansiedad**; aunque se desconoce que hubiera estado abusando de algunas sustancias, su clínico tendría que averiguarlo de manera específica. En efecto, un trastorno de la personalidad parecería más una explicación parsimoniosa.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UN TRASTORNO GENÉRICO DE LA PERSONALIDAD

Hay un patrón permanente de conducta y experiencia interior (pensamientos, sentimientos, sensaciones) que difieren notablemente de la cultura del paciente. Este patrón se manifiesta como problemas con el **afecto** (tipo, intensidad, labilidad, adecuación); **cognición** (cómo el paciente se ve y se interpreta a sí mismo y al ambiente); **control de impulsos**; y **relaciones interpersonales**. Este modelo se establece y se aplica ampliamente a lo largo de la vida personal y social del paciente.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (toda la vida, con origen en la adolescencia o en la infancia) • Contextos difusos • Malestar y discapacidad (deterioro social, escolar, laboral y personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias, enfermedad física, otros trastornos mentales, otros trastornos de la personalidad, cambio de la personalidad debido a un trastorno físico).

Sin embargo, la viñeta de Jim tampoco proporciona muchos síntomas para definir ninguno de los 10 trastornos de la personalidad reconocidos en la actualidad por el DSM-5. El que parece más probable, el TPAS, no puede diagnosticarse sino hasta los 18 años de edad. Para el paciente que cumple con los criterios de este trastorno excepto el de la edad, el diagnóstico apropiado sería otro trastorno de la personalidad especificado o no especificado, e incluso uno de estos diagnósticos en los que cabe todo no puede usarse a no ser que el clínico crea que tal diagnóstico está plenamente justificado. Este no sería el caso de Jim: aunque es posible que cuando sea adulto presente un trastorno de la personalidad definido, es posible que resulte tener otra cosa –o, aunque improbable, nada en absoluto. Por lo tanto, se aconseja establecer por escrito la falta de certeza acerca de cualquier futuro diagnóstico de la personalidad; esto haría que los clínicos sigan pensando hasta tener mayor información (o después de un tiempo) que pudiera resolver el problema. El diagnóstico actual completo de Jim seguiría siendo, por lo tanto, como el que se presentó en el capítulo 23:

F91.1 Trastorno de la conducta, tipo de inicio infantil, con emociones prosociales limitadas, grave

Z65.1 Encarcelamiento en una correccional de menores

CGAS 41 (actual)

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Sugerencias generales

Por supuesto, en la búsqueda de trastornos de la personalidad, la información más importante sigue siendo la que viene de otras personas y de evaluaciones previas. Una parte del material reunido sobre la historia de la enfermedad presente puede proporcionar información sobre el carácter –robo, intentos repetidos de suicidio, inventar excusas de manera crónica. Una vez que se ha identificado esto, ¿qué técnicas son útiles al evaluar en un adolescente la posibilidad de un trastorno de la

personalidad?

Considerar la observación del afecto: ¿El estado de ánimo del paciente es congruente con el tema del que habla? (Por ejemplo, los pacientes con trastorno de la personalidad límite pueden mostrar una ira inapropiada.) ¿Parece de intensidad normal? A falta de un trastorno relacionado con sustancias o episodio maniaco, un estado de ánimo que es demasiado alegre y entusiasta sugiere un trastorno de la personalidad histriónica. ¿El estado de ánimo es estable? Los trastornos de la personalidad histriónica y límite se asocian con marcada labilidad. Mantenerse alerta a las conductas que pueden advertir sobre las características de la personalidad; flirteo, ropa inapropiada y arrogancia son sólo algunas de las muchas que se pueden encontrar. Algunas veces las declaraciones espontáneas proporcionan una guía de actitudes acerca de sí mismos, de otros y de los acontecimientos: “Mucha gente piensa que soy muy extraño”, “No tengo ningún amigo cercano”, “Tengo problemas para alejarme de los problemas” o “Los chicos siempre están burlándose de mí a mis espaldas”.

Quizá no existe una buena pregunta que explore los trastornos de la personalidad, pero sin duda es válido solicitar una autoevaluación: “¿Qué clase de persona piensas que eres?” o “¿Cómo te describirías a ti mismo?” Una pregunta apropiada para continuar la entrevista con un adolescente podría ser ésta: “¿Siempre has sido así? ¿Cuándo empezaste a ser diferente?” Ni los niños ni los adolescentes –en realidad, tampoco los adultos– pueden admitir con facilidad actitudes o conductas que la sociedad desapruueba. Preguntas acerca de atributos personales pueden suavizarse con una presentación introductoria de que “algunos chicos son de esta manera”.

Aparte de la dificultad de hacer diagnósticos de trastorno de la personalidad en pacientes jóvenes, hay mucha confusión con los trastornos mentales mayores. Considerar lo siguiente:

- El trastorno de la personalidad histriónica se ha encontrado en más de la mitad de pacientes con trastorno de somatización del DSM-IV; muchos clínicos los consideran casi sinónimos.
- El trastorno de la personalidad esquizotípica precede con frecuencia a la esquizofrenia.
- El trastorno del espectro autista comparte varios rasgos con los trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípica.
- Es difícil definir la línea divisoria entre trastornos de la personalidad paranoide y trastorno (delirante) depresivo crónico.
- Muchos pacientes cruzan oficialmente el límite entre trastorno de la conducta y TPAS en su cumpleaños número 18.
- Aunque sus criterios los hacen distintos por completo, las semejanzas entre trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y el trastorno obsesivo-compulsivo son obvias.
- Muchos pacientes con trastorno de ansiedad social también tienen trastorno de la personalidad evitativa; ¿deben por lo tanto considerarse en realidad como padecimientos separados?

Como si estos problemas no fueran suficientes, es necesario observar también esto:

- El trastorno ciclotímico era un trastorno de la personalidad (en el DSM-II).
- El trastorno de la personalidad pasivo-agresiva estaba incluido en el DSM-III y el DSM-III-R, pero fue confinado en el apéndice del DSM-IV en espera de nuevos estudios. En el DSM-5 quedó excluido por completo.
- El trastorno de la personalidad límite, introducido en el DSM-III, es tan popular entre algunos profesionales de la salud mental que otros clínicos desconfían del diagnóstico cada vez que lo encuentran en el expediente de un paciente.
- Por último, muchos pacientes cumplen con los criterios de dos o más diagnósticos de trastorno de la personalidad.

No es posible expresar con total seguridad que pocas veces, o nunca, se debe hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad en pacientes que todavía no llegan a la adolescencia tardía. Es verdad que todos los trastornos de la personalidad adulta, excepto uno, el TPAS, son en teoría posibles; sin embargo, en la práctica, mientras más joven es el paciente, se debe estar menos dispuesto a hacer uno de estos diagnósticos de modo definitivo.



Capítulo 27

Otros aspectos del diagnóstico

En el campo de la salud mental del niño y el adolescente, muchos problemas que no son en sí mismos enfermedades mentales llegan a ser el centro de la atención clínica. En el caso de muchos de ellos, por ejemplo, abuso, negligencia y dificultad para relacionarse con otras personas, el DSM-5 proporciona códigos para su uso; se enumeran algunos de ellos. Al final del capítulo se encuentran algunos códigos administrativos que pueden aplicarse a pacientes en quienes no puede establecerse ningún diagnóstico claro de manera inmediata.

PROBLEMAS DE RELACIÓN

Se habla de **problema de relación** cuando dos o más personas tienen dificultades para relacionarse entre sí —y eso no se debe a una enfermedad mental. Estos problemas son comunes sobre todo en la práctica de la salud mental del niño o adolescente. No hay criterios reales para los problemas de relación, pero si hubiera, probablemente serían parecidos a las Características esenciales hipotéticas que se presentan (>>>). Aunque son breves y adecuadamente genéricas, tienen un amplio alcance; serían apropiadas en casos de problemas de relación entre padre-hijo, compañeros o hermanos. Un poco más adelante, la viñeta del caso clínico de Scott da un ejemplo del proceso para detectar problemas de relación.

Z62.820 Problema de relación entre padres e hijos

Se usa el problema de relación entre padres e hijos cuando se asocian síntomas importantes en términos clínicos o efectos negativos sobre el funcionamiento con las formas en que padre e hijo interactúan. La interacción problemática implica sobreprotección, mala comunicación o disciplina ineficaz o inconsistente. Sin embargo, cuando el conflicto da por resultado maltrato físico, también se usa el código Z69.010 (visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres).

Z63.0 Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja

Por supuesto, la mayoría de los adolescentes no tiene pareja (cónyuge), pero cuando un adolescente se casa o vive con su pareja, la manera en que el paciente y su pareja interactúan puede ocasionar síntomas importantes en términos clínicos o efectos negativos sobre el funcionamiento. El patrón de interacción problemática puede ser de mala comunicación o falta de comunicación. Debe observarse que esta categoría **no** incluye negligencia o maltrato a la pareja.

Z62.891 Problema de relación con los hermanos

Se usa problema de relación con los hermanos cuando se asocian síntomas importantes en términos clínicos o efectos negativos sobre el funcionamiento con los modos de interactuar de hermanos y hermanas.

Z62.898 Niño afectado por la relación parental conflictiva

En algunos casos, se busca ayudar a los niños cuando los problemas reales corresponden a los padres. Estos incluyen conflictos maritales, un trastorno mental personal, o situaciones de ese tipo. El diagnóstico de los trastornos parentales o interparentales está más allá del alcance de este libro, pero hay que estar atento a todas las posibles causas de las dificultades de los pacientes jóvenes.

Z62.29 Educación lejos de los padres

Se usa ausencia la educación lejos los padres cuando hay problemas que surgen debido a que el niño está viviendo en un hogar adoptivo o con parientes o amigos, pero no en una institución de atención residencial o en un internado.

Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio

Z63.4 Duelo no complicado

Es natural afligirse cuando un pariente o amigo cercano muere. Cuando los síntomas del proceso de duelo son el motivo de la atención clínica, el DSM-5 asigna un código diagnóstico de duelo no complicado –siempre que los síntomas sean relativamente breves y leves. El problema es que el duelo puede parecerse mucho a la tristeza asociada con un episodio depresivo mayor. El DSM-5 menciona ciertos síntomas que ayudan a identificar las diferencias.

Los síntomas que indican un episodio depresivo mayor, incluso en adolescentes o niños afligidos, incluyen los siguientes:

- Sentimientos de culpa (que no tienen que ver con las acciones que pudieron haber evitado la muerte).
- Deseos de muerte (distintos del deseo del sobreviviente de haber muerto con el ser

querido).

- Nivel reducido de actividad psicomotriz.
- Preocupación marcada por la falta de valía. Funcionamiento con un deterioro grave por un tiempo extraordinariamente prolongado.
- Alucinaciones (distintas de aquellas en que se ve o se escucha al difunto).

Cualquiera de estos síntomas sugiere la presencia del trastorno depresivo mayor. Además, la gente que “sólo” está afligida de manera común considera normal su emoción. Por lo general, en estos casos se rechazaba el diagnóstico de enfermedad depresiva a menos que los síntomas tuvieran una duración mayor de dos meses. Con el DSM-5, se debe hacer el diagnóstico de trastorno de depresión mayor siempre que los síntomas lo justifiquen, independientemente del duelo.

Scott

“¡Vamos, Scott! Nos toca entrar. El doctor quiere vernos a los dos”. Scott no hizo caso a su madre, quien estaba de pie en la entrada del consultorio del entrevistador. Él se acomodó aún más en su silla y pasó la página de la revista que tenía en las manos. “¡Vamos, Scott!” Él siguió sin moverse. Con un movimiento de manos de exasperación, ella entró al consultorio sola y desapareció.

“Siempre es así conmigo”, dijo al terapeuta cuando estaban sentados. “A sus maestros parece agradarles, y a su abuelo le hace caso muy bien. Yo soy la única que tiene problemas con él”.

Las dificultades de la madre con Scott habían comenzado hacía cuatro años, cuando él tenía 12. Su padre, quien había crecido en una familia con mucha disciplina, había muerto en un accidente de paracaidismo, y ella y Scott habían tenido que mudarse con su familia política. La conducta de Scott había sido aceptable durante un año, hasta que ella ganó una demanda contra el proveedor de paracaídas y regresaron a California para estar cerca de sus padres. Ella consiguió un novio y un trabajo –y, admitió, probablemente no pasó con Scott todo el tiempo que él necesitaba. “Durante el año pasado, nuestras vidas no han sido más que un infierno. No se ha metido en problemas, y no es violento ni nada de eso, pero siempre estamos discutiendo, y yo nunca puedo ganar. Pienso que él es, en realidad, más inteligente que yo”.

Scott era muy inteligente. Incluso sin estudiar, había mantenido calificaciones arriba del promedio, y ninguno de sus maestros se había quejado de su conducta en clase. Cada vez que su madre le sugería que hiciera su tarea, él sonreía y seguía viendo la televisión o leyendo un libro. Si lo mandaba a su cuarto, escuchaba música, dibujaba o sólo miraba afuera de la ventana –en resumen, hacía cualquier cosa menos estudiar.

Cuando su madre salió del consultorio, el entrevistador invitó a Scott a entrar. Gustoso

y cooperativo, respondió por completo a todas las preguntas y ofreció de manera espontánea información sobre su relación con sus padres. Había adorado a su padre y se resintió mucho cuando su madre finalmente empezó a salir otra vez. “A mí no me importa mucho lo que ella hace,” dijo Scott, inclinándose en su silla. “¿Por qué debería importarme? A ella en realidad no le importa lo que **yo** hago”.

Scott dijo que no sentía ansiedad o depresión. De hecho, su estado de ánimo fue bastante bueno la mayor parte del tiempo. Admitió que su madre pensaba que él era irritable e iracundo, pero negó que fuera así. “Si yo siento algo, es desprecio”, dijo. “Puedo manejarla fácilmente”.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES HIPOTÉTICAS DE LOS PROBLEMAS DE RELACIÓN

Dos o más individuos tienen problemas para llevarse bien entre sí. Este problema es el punto central de la atención clínica o tratamiento.

Las letras pequeñas

Las D: • Duración (los síntomas no duran más de seis meses después de que termina la situación estresante o sus consecuencias) • Diagnóstico diferencial (ningún trastorno físico, mental, relacionado al uso de sustancias, ni de la personalidad explica mejor la conducta).

Evaluación de Scott

El punto central de la evaluación de Scott era un problema interpersonal importante, con lo cual se cumplía con el requisito principal de las Características esenciales hipotéticas. Sin embargo, antes de listar el problema de relación entre padres e hijos como el diagnóstico **principal**, tendrían que descartarse otras posibles causas físicas y mentales de su conducta.

Sería importante considerar los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta en dos recuentos: estos son los trastornos que se encuentran con mayor frecuencia en las clínicas de salud mental para niños y adolescentes, e incluyen al menos algunos de los síntomas de los cuales la madre de Scott se quejó. Sin embargo, el periodo de atención y nivel de actividad de Scott eran normales (por lo que se descarta el **TDAH**), y su conducta problemática, dirigida sólo hacia su madre, no violó los límites de la persona, la propiedad o la verdad (como ocurriría en el **trastorno de la conducta**). Aunque varias de las interacciones con su madre podrían explicarse como consistentes con el **trastorno negativista desafiante**, Scott no mostraba la ira, el rencor o pérdida de los estribos típicos. Se encuentran conductas aberrantes en los **trastornos del control de**

los **impulsos** (como el **trastorno explosivo intermitente**), pero la conducta de Scott era planeada, no impulsiva.

Por supuesto, la amplia evidencia escolar descartó la **discapacidad intelectual**, todos los **trastornos específicos del aprendizaje** y el **trastorno del espectro autista**. No se había reportado ni observado ningún problema del habla, lo que elimina el **mutismo selectivo** y cualquiera de los **trastornos de la comunicación**. (Aunque en los antecedentes no se mencionan problemas que impliquen la alimentación o la excreción, una revisión de los sistemas debe incluir cuestiones sobre estos.) No se había informado ni observado ningún problema motor, lo que descarta el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, el **trastorno de tics** y el **trastorno de movimientos estereotipados**. Scott tenía sin duda un problema para relacionarse con su madre, pero no con otros adultos (que incluyen a su abuelo, maestros y al entrevistador), lo que descarta el **trastorno de apego reactivo**.

¿Qué hay sobre todos los **otros** trastornos mentales mayores? Scott negó de manera específica cualquier síntoma de ansiedad o preocupación, lo que elimina cualquier **trastorno de ansiedad** (que incluye el **trastorno de ansiedad por separación**). Tampoco había evidencias del **trastorno del estado de ánimo** ni de **trastornos cognitivos**. Por supuesto, casi cualquier conducta imaginable se puede encontrar durante el **uso de sustancias**, y el clínico necesitaría preguntar tanto a Scott como a su madre sobre esta posibilidad. Un **trastorno de adaptación** habría tenido que presentarse en de los primeros tres meses y en respuesta a un factor estresante (¿podría considerarse las citas románticas de su madre un factor estresante legítimo?). La muerte de su padre había sucedido hacía mucho tiempo para que un **duelo no complicado** fuera pertinente. Por último, un **trastorno de la personalidad** (aun cuando se hubieran presentado síntomas suficientes para diagnosticar uno) tendría que afectar más de un aspecto de la vida de Scott, no sólo su relación con su madre –y además, nos opondríamos a ese diagnóstico antes de que el paciente cumpla 18 años de edad.

Quizá algunos podrían argumentar otro diagnóstico especificado o no especificado, ¿pero cuál sería? **Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado o no especificado** sería una posibilidad, pero cualquier diagnóstico de este tipo sólo debe usarse cuando es claro que los síntomas sitúan el diagnóstico dentro de la categoría general; los síntomas de Scott eran demasiado atípicos.

Por último, al igual que para el trastorno de adaptación, nadie puede estar seguro sobre el proceso causal de los síntomas atribuidos al problema de relación hasta que el problema se resuelva y los síntomas disminuyan. Por ello, se agregaría el término precavido de **provisional** al código Z de Scott (y su madre; el código podría aplicarse a cualquier miembro de la familia que estuviera bajo consideración):

Z62.820 Problema de relación entre padres e hijos (provisional)
CGAS 75 (actual)

Los antecedentes de Tonya en el capítulo 13 (>>>) muestran otro ejemplo del problema de relación padre-hijo.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON MALTRATO O NEGLIGENCIA

Aunque es difícil obtener información precisa, algunos sitúan el número de niños que viven maltrato o negligencia por parte de sus padres u otros adultos, en EUA, en 3 millones o más. En comparación con niños no maltratados, los que viven maltrato tienden a volverse mucho más evitativos, resistentes y desobedientes. Además del simple hecho del maltrato, es vital evaluar sus posibles consecuencias, sobre todo depresión, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático y trastorno de la conducta y de otros comportamientos, –así como las secuelas físicas como traumatismo cerebral. En la tabla 27-1 se presentan los códigos numéricos de varias formas de maltrato infantil. Si la atención clínica se centra en el perpetrador más que en la víctima, o si el énfasis recae en la visita a servicios de salud mental en casos de maltrato parental versus no parental, se usan muchos códigos Z diferentes para hacer estas distinciones, pero éste es un tema para otro texto.

Tabla 27-1. Códigos numéricos correspondientes a diferentes formas de maltrato infantil

<i>Formato de maltrato</i>	<i>Abuso confirmado</i>	<i>Sospecha de abuso</i>
Maltrato físico infantil	T74.12	T76.12
Abuso sexual infantil	T74.22	T76.22
Negligencia infantil	T74.02	T76.02
Maltrato psicológico infantil	T74.32	T76.32

Un problema de los estudios de los efectos del abuso infantil es que a menudo combinan maltrato físico y abuso sexual, en vez de informar sus efectos por separado. Quizá esto se debe a que los dos tipos de abuso suelen ir juntos. Por lo general, mientras grave y temprano es el abuso, hay más probabilidades de que se presente una psicopatología. Sin embargo, la mayoría de los estudios no evalúa con cuidado la relación causa-efecto (¿el factor de riesgo de abuso precede claramente la conducta en cuestión?). El abuso en niños o adolescentes se ha asociado con problemas de consumo de sustancias (alcohol, marihuana, otras drogas); actuación sexual y embarazo adolescente; depresión y baja autoestima; síntomas de ansiedad; escaparse de casa; problemas para dormir (dificultad para iniciar y mantener el sueño); trastornos de la alimentación (sobre todo anorexia nervosa); o trastorno de la conducta. Los adultos pueden desarrollar disociación; disminución de la satisfacción en las relaciones sexuales; síntomas de trastorno de estrés

postraumático; trastornos de la alimentación (sobre todo bulimia nervosa), y padecimientos físicos como dolor de espalda. Quizá 20% de las niñas sufre algún tipo de abuso sexual; 5 a 6% de niñas sufren abuso grave que implica intento de ataque sexual o su consumación. Los porcentajes de niños varones que padecen abuso sexual equivalen a una cuarta parte de los casos de niñas.

La investigación colaborativa en curso llamada Estudio de Experiencias Infantiles Adversas (EIA) identifica al trauma infantil temprano como un factor de riesgo para salud del adulto. En pocas palabras, los casos de abuso (físico, sexual, emocional) y negligencia alcanzan una puntuación total que luego puede usarse para predecir problemas de adultos, como alcoholismo, depresión, enfermedad del corazón isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad del hígado, además de aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud.

Por supuesto, sólo hemos tocado la superficie de este asunto. Los lectores interesados deben consultar las referencias del apéndice 1 para obtener información más amplia sobre el estudio EIS y sobre los 12 conceptos centrales del *National Child Traumatic Stress Network* para entender la respuesta de los niños al estrés traumático.

OTRAS CONDICIONES QUE NECESITAN ATENCIÓN CLÍNICA

Z91.19 Incumplimiento de tratamiento médico

El incumplimiento del tratamiento médico (se usa como referencia a la falta de adherencia) señala al paciente que ha ignorado o impedido los intentos de tratamiento de un trastorno mental o un padecimiento médico general, y por lo tanto ahora requiere atención. Un ejemplo sería un adolescente con esquizofrenia que requiere hospitalización en repetidas ocasiones por negarse a tomar medicamentos. Y sí, podría ser también (algo más preciso) listado como un factor psicológico que afecta un padecimiento médico ([>>>](#)).

Z76.5 Simulación

La simulación es la producción intencional de los signos o síntomas de un trastorno físico o mental. El propósito es algún tipo de beneficio: obtener algo deseable (dinero, drogas, pago de un seguro) o evitar algo desagradable (castigo, trabajo, servicio militar [regresar cuando hay un llamado a filas], formar parte de un jurado). La simulación se confunde en ocasiones con el trastorno facticio, del cual los criterios no describen el motivo implícito, aunque el beneficio externo no parece ser una característica. También se confunde a veces con otros trastornos de síntomas somáticos, en los cuales los síntomas no se producen de manera intencional en absoluto.

Se debe sospechar la presencia de la simulación cuando el paciente:

- Tiene problemas legales o la expectativa de un beneficio financiero.
- Relata una historia que no concuerda con las declaraciones de los informantes o con otros hechos conocidos.

- No coopera en la evaluación.
- Tiene rasgos que sugieren la presencia del trastorno de la personalidad antisocial.

La simulación es fácil de sospechar y difícil de probar. Si no se observa un caso evidente de conducta de simulación (por ejemplo, alguien que pone arena en una muestra de orina o que sostiene un termómetro sobre un foco incandescente), puede ser casi imposible detectar un individuo decidido y mañoso. Cuando la simulación implica síntomas que son estrictamente mentales o emocionales, no es posible hacer la detección. Debido a que las consecuencias de usar este código diagnóstico son muy serias (puede alejar a los pacientes respecto del clínico), sólo se usa en las circunstancias más evidentes e imperiosas. Recuerda que la franca simulación es rara al punto de ser nula en niños, y quizá muy poco común incluso en la adolescencia tardía.

Z72.810 Comportamiento antisocial infantil o adolescente

El código diagnóstico de comportamiento antisocial infantil o adolescente se usa en ejemplos aislados de actividad criminal en los cual un adolescente ha seguido el ejemplo de una persona mayor.

R41.83 Funcionamiento intelectual límite

Con el cambio en cómo se define la discapacidad intelectual (el DSM-5 ya no usa el CI como criterio), la definición de funcionamiento intelectual límite se ha sumido en el desorden. Solía reservarse para pacientes cuyo CI y nivel de funcionamiento se encontraba en el rango de 71 a 84. El DSM-5 dice que la diferenciación entre el funcionamiento intelectual límite y la discapacidad intelectual leve requiere una evaluación cuidadosa, pero no establece cómo diferenciarlas. Podrías considerar este código diagnóstico en el caso de un paciente que funciona bastante bien en general a pesar tener una inteligencia relativamente baja.

Z55.9 Problema académico o educativo

Al niño o adolescente cuyo problema se relaciona con el trabajo escolar, y no tiene un trastorno de aprendizaje u otro trastorno mental que explique el problema, se le confiere el código Z del problema académico o educativo. Aun cuando otro trastorno puede explicar el problema, el problema académico en sí mismo puede ser tan grave que justifica por sí mismo la atención clínica. Entonces se debe poner tanto el código Z como el trastorno clínico.

Z59.3 Problema relacionado con la vida en una residencia institucional

El código del problema relacionado con la vida en una residencia institucional se usa en niños o adolescentes que asisten a un internado o reciben atención residencial, y tienen problemas específicos que resultan de esa situación.

Z56.9 Otro problema relacionado con el empleo

Otro problema relacionado con el empleo es el equivalente relacionado con el trabajo del problema académico o educativo; algunos ejemplos son la elección de carrera y la insatisfacción laboral. Por supuesto, el uso de este código Z es muy raro hasta antes de la adolescencia tardía.

Z65.8 Problema religioso o espiritual

Los pacientes que requieren evaluación o tratamiento por asuntos referentes a la religión (o su ausencia) pueden codificarse con un problema religioso o espiritual.

Z60.3 Dificultad de aculturación

La dificultad de aculturación es útil en casos de niños o adolescentes cuyos problemas se centran en el cambio de una cultura a otra; muchos inmigrantes en la sociedad occidental contemporánea se clasifican con este código diagnóstico.

Z60.0 Problema de fase de la vida

El problema de fase de la vida se usa en el caso de pacientes jóvenes cuyo problema se debe no a un trastorno mental sino a un cambio de vida (por ejemplo, entrar a la escuela o irse de la casa para asistir a la universidad).

TRASTORNOS INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS

Los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos (y otros trastornos) son importantes en el marco de la salud mental porque 1) se pueden confundir con trastornos mentales (como tics, esquizofrenia y trastornos de ansiedad); o 2) afectan el manejo de pacientes que reciben medicamentos neurolépticos. Aunque estos trastornos se encuentran muy rara vez en niños o adolescentes, los códigos siguientes a veces son adecuados:

G21.0 Síndrome maligno neuroléptico

G24.01 Discinesia tardía

G24.02 Distonia aguda inducida por medicamentos

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos

G21.11 Parkinsonismo inducido por neurolépticos

G21.19 Otro parkinsonismo inducido por medicamentos

G25.71 Acatisia aguda inducida por medicamentos
G25.79 Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos
T43.205 Síndrome de discontinuación antidepresivos
T50.905 Otros efectos adversos de los medicamentos

CÓDIGOS ADICIONALES

Otros códigos son útiles para propósitos administrativos. Algunos de estos códigos plantean que el paciente no tiene ningún diagnóstico de trastorno mental. Otros proporcionan maneras de indicar que no se sabe lo que está mal, si es que algo lo está. No todos estos se formulan en el DSM-5; se han tomado prestado algunos del ICD-10.

F48.9 Trastorno mental no psicótico no especificado

El trastorno mental no psicótico no especificado sirve como un marcador útil si 1) el diagnóstico que se quiere dar no está incluido en el DSM-5; o 2) hay muy poca información para hacer un diagnóstico definitivo cuando un niño o adolescente está claramente enfermo, pero carece de síntomas psicóticos, y no es adecuada ninguna otra categoría no específica. Una vez que se ha obtenido más información, debe ser capaz de sustituir el anterior por un diagnóstico más específico.

F09 Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica

F09 Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica

Estos dos códigos se usan en casos donde hay síntomas mentales debidos a otro padecimiento médico, pero no se cumplen los criterios de ningún otro trastorno debido a tal padecimiento. Como es común, el código de otro trastorno especificado debe usarse en una situación en la cual se desea indicar la razón por la cual los criterios no se cumplen.

Z03.89 Visita para observar otras presuntas enfermedades y padecimientos descartados

Esta es la (bastante desatinada) manera del ICD-10 de decir “Sin diagnóstico”. Significa que ningún trastorno mental mayor o trastorno de la personalidad es el centro de la atención clínica.

F99 Otro trastorno mental especificado

F99 Trastorno mental no especificado

Los otros códigos de otro trastorno mental especificado y no especificado significan que no hay en la actualidad mucha información que permita hacer algún diagnóstico específico del DSM-5. El código se cambia una vez que se dispone de suficiente información adicional.



Apéndice 1

Materiales de referencia

La entrevista estructurada y la semiestructurada tienen ventajas y desventajas. Aunque guían al clínico para abordar todo el material requerido por un conjunto de criterios diagnósticos, pueden dejar de lado información inusual, compleja o inesperada en el contexto. Las entrevistas estructuradas son las mejores para elegir un grupo relativamente homogéneo de pacientes con fines de investigación en el área de la salud mental; también ayudan a establecer una línea base de los pacientes, lo que es de especial valor en el caso de pacientes que son atendidos por varios clínicos. Con frecuencia la mejor prueba de evaluación es la entrevista realizada por un clínico sensible y experimentado.

Este apéndice consta de dos secciones. Primero, se presentan descripciones breves de entrevistas, programas y pruebas útiles para evaluar niños y adolescentes, así como direcciones y referencias bibliográficas de los propios instrumentos o mayor información acerca de ellos. Segundo, se presenta una bibliografía comentada de libros y artículos pertinentes para los distintos capítulos del libro.

ENTREVISTAS, PROGRAMAS Y PRUEBAS

Al compilar esta sección, se enfocó en lo que es más accesible en publicaciones impresas o en línea. Las referencias marcadas con una daga (†) contienen el texto completo de la prueba; en caso contrario, se incluyen las direcciones de los autores o casas editoriales y, cuando existen, las páginas de internet y las direcciones de correo electrónico. Si requiere mayor información sobre una prueba consulte las páginas citadas abajo o los textos estándar. Estos son los tres sitios de internet más citados (con su forma abreviada entre paréntesis):

- Psychological Assessment Resources (PAR)
16204 North Florida Avenue
Lutz, FL 33549
www4.parinc.com

- Western Psychological Services (Western)
625 Alaska Avenue
Torrance, CA 90503
www.wpspublish.com
- Pearson Clinical Assessment (Pearson)
P.O. Box 599700
San Antonio, TX 78259
www.pearsonclinical.com

General

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) es probablemente la entrevista semiestructurada que más se usa en pacientes de 6 a 17 años de edad. Llamada con cariño “Kiddie-SADS,” emplea preguntas de sondeo y los criterios del DSM para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes. El clínico adapta la entrevista al nivel de desarrollo y al lenguaje del paciente (o sus padres). K-SADS cubre muchos de los diagnósticos del DSM-IV-TR más frecuentes, como el trastorno de depresión mayor, los trastornos bipolares, los trastornos distímico y ciclotímico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social y fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático, trastorno de déficit de atención/hiperactividad, trastorno de la conducta, trastorno negativista desafiante, enuresis, encopresis, trastorno de tics transitorio, trastorno de Gilles la Tourette, trastorno de tics motores o vocales, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, abuso de alcohol y de otras sustancias, y trastorno de adaptación [† K-SADS-PL (versión para el momento actual o para toda la vida) está disponible en línea de manera íntegra y sin cargo alguno: www.psychiatry.pitt.edu/sites/default/files/Documents/assessments/ksads-pl.pdf].

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) tiene más de 200 reactivos acerca del inicio, duración, gravedad y deterioro asociado de conductas y síntomas de niños de 9 a 17 años de edad. Los trastornos que abarca el DISC están organizados en cinco secciones: Ansiedad, Estado de ánimo, Consumo de sustancias y Miscelánea. Un clínico o un entrevistador inexperto lo puede aplicar. Hay una versión en papel y una electrónica tanto para el paciente identificado como para los padres. [Prudence Fisher, MS, NIMH-DISC Training Center at Columbia University/New York State Psychiatric Institute Division of Child and Adolescent Psychiatry, 722 West 168th Street, Unit 78,

New York, NY 10032; telephone, 212-543-5357; e-mail, nimhdisc@appchild.cpmc.columbia.edu]. El *Child Behavior Checklist (CBCL)* es en realidad parte del *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*, un grupo de evaluaciones que obtienen datos acerca del funcionamiento general de varias personas. Sus subescalas evalúan conductas internalizadas y externalizadas, como agresión, ansiedad/depresión, atención, delincuencia, sexualidad, problemas sociales, problemas somáticos y abstinencia. Se dispone de una forma del CBCL para niños de 1 1/2 a 5 años de edad y otra para 6 a 18. También hay versiones de autoinforme para maestros, padres y niños [ASEBA, 1 South Prospect Street, St. Joseph's Wing (Room 3207), Burlington, VT 05401; www.aseba.org].

Global Assessment of Functioning (GAF) y *Children's Global Assessment Scale (CGAS)* reflejan el funcionamiento general laboral (académico), psicológico y social de un paciente –pero no los problemas ambientales o las limitaciones físicas. La puntuación de cada instrumento se registra en una escala de 1 a 100. De manera general, la escala del CGAS es la siguiente:

81 a 100: Funciona bien en casa, la escuela y con amigos. En la parte inferior de este rango, pueden presentarse problemas leves pero temporales.

61 a 80: Algunos problemas en las áreas mencionadas arriba, pero sigue teniendo amigos incluso en la parte inferior de este rango.

41 a 60: Niveles leves o moderados de dificultad.

21 a 40: Dificultades graves en el funcionamiento en casi todas las áreas.

1 a 20: Requiere de mucha supervisión para evitar lastimarse a sí mismo o a los demás.

Los dos instrumentos especifican síntomas y pautas conductuales para determinar la puntuación de un paciente. El GAF está diseñado para adultos y es de utilidad con adolescentes y niños mayores; el CGAS está diseñado para pacientes de 4 a 16 años de edad y está redactado en términos más apropiados para niños. Las dos escalas son inherentemente subjetivas, por lo que su uso más eficaz es rastrear cambios en el nivel de funcionamiento a lo largo del tiempo, evaluados por un mismo examinador. [El GAF se encuentra en el DSM-IV-TR y en *DSM-IV Made Easy* de James Morrison; † también está disponible en línea. El CGAS se encuentra en su fuente original: Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird S, et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry* 1983;40:1228–1231. También está disponible en la primera edición en inglés de este libro, *Interviewing Children and Adolescents* de James Morrison y Thomas F. Anders, † también disponible en línea].

En una serie publicada en el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* de K. M. Myers y colaboradores, se revisaron **otras medidas** pertinentes para la evaluación de diversas áreas:

Overview, psychometric properties, and selection. 2002; 41:114–122.
Suicidality, cognitive style, and self-esteem. 2002; 41:1150–1181.
Trauma and its effects. 2002; 41:1401–1422.
Attention-deficit/hyperactivity disorder. 2003; 42:1015–1037.
Externalizing behaviors. 2003; 42:1143–1170.
Functional impairment. 2005; 44:309–338.

Discapacidad intelectual; trastorno del espectro autista

Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños – V (WISC-V), dirigida a niños entre 6 años 0 meses y 16 años 11 meses, es una revisión de una prueba que se ha usado por más de 50 años. WISC-V proporciona puntuaciones de cinco índices: Comprensión verbal, Viso-espacial, Razonamiento fluido, Memoria de trabajo y Velocidad de Procesamiento. [Manual Moderno]. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-III)* es una batería que mide el funcionamiento en términos de desarrollo de niños de 1 a 42 meses. Proporciona información de cinco dominios: Conducta socioemocional, Conducta adaptativa, Cognitivo, Motor y Lenguaje [Pearson].

En *Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT-4)*, el paciente elige el dibujo que mejor represente una palabra pronunciada por el examinador. La puntuación generada equivale al CI, pero la editorial desaconseja el uso del término *inteligencia verbal*. Esta prueba se puede usar desde los 2 1/2 años y hasta después de los 90 [Pearson].

Beery-Buktenica Developmental test of Visual-Motor Integration (VMI), Sixth Edition evalúa las habilidades viso-motrices de niños entre 2 y 18 años. El niño o adolescente copia figuras geométricas que están organizadas en orden creciente de dificultad. Los 24 reactivos libres de influencias culturales requieren de 15 minutos para resolverlos. La prueba se usa para detectar niños que puedan requerir atención o servicios especiales [Pearson].

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) es una lista de verificación de 23 reactivos que puede estimular una entrevista más definitiva en aquellos que obtienen una puntuación alta (3-6 reactivos); puntuaciones superiores exigen enviar al paciente a algún lugar donde le den atención inmediata. [Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001; 31:131–144. † Hay disponible una versión revisada, el M-CHAT-R, en www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/screen-your-child]. Los 15 reactivos del bien validado *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS-2)* se usa para identificar niños, adolescentes y adultos con trastorno del espectro autista

y para diferenciarlos de quienes tienen retrasos del desarrollo pero no TEA. También distingue entre el TEA grave del TEA leve o moderado. Con base en la observación directa, así como en la historia del paciente, CARS-2 se puede emplear con niños de 2 años de edad o más [Western].

Trastornos del aprendizaje

Wide Range Achievement Test 4 (WRAT4) es fácil de aplicar y evalúa habilidades de lectura, ortografía y matemáticas en niños de 5 años en adelante y hasta adultos. Tiene normas por edad y nivel escolar [Western].

Trastornos de la comunicación

Multilingual Aphasia Examination, 3rd Edition (MAE) constituye una evaluación breve (40 minutos) de la articulación, expresión oral y comprensión verbal oral, lectura, ortografía y escritura. Es apta para niños de 6 años en adelante y adultos [PAR].

Trastorno de déficit de atención/hiperactividad

Conners 3rd Edition es un grupo de instrumentos relativamente breves (20 minutos o menos) para evaluar el TDAH e informar los resultados en términos del DSM-5 [Pearson].

Trastorno de tics

En cualquier edad, *Yale Global Tic Severity Scale* constituye una evaluación de la complejidad, frecuencia, intensidad, interferencia y número de los tics motores y vocales, como los que se encuentran en pacientes con trastorno de Gilles de la Tourette. †Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, et al. The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28:566–573. †También está disponible en www.cappcny.org/home/images/TIC-YGTSS-Clinician.pdf.

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se pueden evaluar con KSADS y DISC (mencionados antes). He aquí otros instrumentos:

Mania Rating Scale (MRS) fue creado para evaluar la conducta maniaca en niños prepuberales; se usa para discriminar entre conducta maniaca e hiperactividad debida a TDAH. MRS también es de utilidad para distinguir la gravedad de la manía. [†Fristad MA, Weller EB, Weller RA. The Mania Rating Scale: Can it be used in children? A preliminary report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31(2):252–257. También disponible en <https://psychology-tools.com/young-mania-rating-scale>].

Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) es una escala de autoinforme, orientada a

los síntomas que pide a los jóvenes pacientes (7 a 17 años de edad) que califiquen la gravedad de sus síntomas en las últimas 2 semanas. Sus 28 reactivos conforman 2 escalas (Problemas emocionales y Problemas funcionales) y cuatro subescalas (Estado de ánimo negativo/Síntomas físicos, Problemas interpersonales, Ineficacia y Autoestima negativa) [Pearson].

Suicide Probability Scale (SPS) mide ideación suicida, desesperanza y aislamiento social para predecir futuros intentos de suicidio, verbalizaciones de suicidio y conductas autodestructivas menores. Se aplica en 10 minutos o menos; es apto para jóvenes de 14 años de edad en adelante [Western].

Trastornos de ansiedad; trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) consta de dos escalas, cada una integrada por 40 reactivos de autoaplicación, que evalúan cómo se sienten los niños en un momento específico y cómo siente por lo regular. STAIC es útil en edades de 9 a 12 años; el tiempo de aplicación de de 20 minutos [PAR].

Screen for Adolescent Violence Exposure (SAVE) evalúa la exposición de los adolescentes a la violencia en la escuela, el hogar y la comunidad, con un nivel de confiabilidad y validez excelente. Este instrumento de exploración de 32 reactivos se correlaciona significativamente con datos objetivos sobre el crimen y con constructos relevantes a nivel teórico como enojo y síntomas de estrés postraumático. [†Hastings TL, Kelley ML. Development and validation of the Screen for Adolescent Violence Exposure (SAVE). *Journal of Abnormal Child Psychology* 1997; 25:511–520. † También disponible en <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/4148/research.pdf?sequence=3>].

Trastornos disociativos

Child Dissociative Checklist (CDC) es una medida confiable y válida que el observador informa acerca de la disociación en niños, y se usa en investigación o en la exploración de pacientes de manera individual. Discriminó bien entre cuatro muestras: niñas típicas, niñas que habían sufrido abuso, niños varones y niñas con trastornos disociativos, y niños con trastorno de la personalidad múltiple del DSM-III-R. [†Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17(6):731–741. † También disponible en https://secure.ce-credit.com/articles/102019/Session_2_Provided-Articles-1of2.pdf].

Trastorno de síntomas somáticos con predominio del dolor

Está disponible una revisión excelente de la evaluación del dolor infantil. [Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Lim CS, et al. Evidence-based assessment of

pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology* 2008; 33:939–955. †El texto completo está disponible gratis en <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/33/9/939>].

Trastornos de la alimentación

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) es un instrumento de autoinforme de 91 reactivos que es útil como instrumento exploratorio de dimensiones cognitivas y conductuales en personas de 13 a 53 años de edad con trastornos de la alimentación, así como medio para distinguirlas de personas que llevan a cabo una dieta común. Doce subescalas proporcionan seis puntuaciones compuestas: Problemas afectivos, Riesgo de trastornos de la alimentación, Desadaptación psicológica general, Problemas interpersonales, Control excesivo e Ineficacia [Western].

Anorectic Behavior Observation Scale indaga en los padres acerca de conductas y actitudes relacionadas con la alimentación de sus hijos. Con una puntuación de corte de 19, su sensibilidad y especificidad fueron de 90%. [†Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85(2):163–166]. *Contour Drawing Rating Scale*, un instrumento para evaluar la imagen corporal, consta de nueve dibujos de contornos de figuras masculinas y nueve femeninas que se usan para medir la talla corporal ideal y percibida, y la discrepancia entre ambas. Los dibujos se pueden dividir a la altura de la muñeca para comparar las percepciones de la parte inferior y superior del cuerpo. [†Thompson MA, Gray JJ. Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment* 1995; 64:258–269].

Consumo de sustancias

Muchas herramientas para evaluar el consumo de sustancias, varias de las cuales se pueden descargar sin costo, aparecen descritas en la página de internet del National Institute on Drug Abuse [www.drugabuse.gov/nidamed-medicalhealth-professionals/tool-resources-your-practice/additional-screening-resources].

El cuestionario **CAGE** es un dispositivo sencillo de exploración del alcoholismo que se usa bastante porque es fácil de recordar y rápido de aplicar. Sin embargo, carece de la especificidad y sensibilidad suficientes para usarse en poblaciones de adolescentes. [†Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 1984; 252:1905–1907. † También disponible en línea].

El semiestructurado *Comprehensive Adolescent Severity Inventory (CASI)* se aplica en papel o en computadora, requiere entre 45 y 90 minutos, y busca guiar la planeación del tratamiento y la evaluación de los resultados. Evalúa síntomas, factores de riesgo conocidos y consecuencias del alcohol y el consumo de drogas en siete áreas principales: estatus escolar, consumo de alcohol/drogas, relaciones familiares, relaciones con pares, estatus legal, tensión mental y uso del tiempo libre. Financiado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholismo, el Índice es gratuito, pero la capacitación es

obligatoria, y muy
costos[†[http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/21_CAS
Drug and Alcohol Problem Quick Screen](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/21_CAS_Drug_and_Alcohol_Problem_Quick_Screen), de 30 reactivos, es una herramienta
exploratoria para el consultorio que detecta problemas serios en adolescentes. [†Schwartz
RH, Wirtz PW. Potential substance abuse: Detection among adolescent patients. *Clinical
Pediatrics* 1990; 29:38–43. † También disponible en
www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4381EN.html].

Trastornos cognitivos

En el caso de niños mayores y adolescentes, el *Mini-Mental State Exam (MMSE)* ofrece un modo rápido y reproducible de llevar a cabo y calificar una evaluación breve del estado cognitivo. [†Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini- Mental State: A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12:189–198. †También disponible en <https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf>].

Trastornos de la personalidad

Muchos niños de 12 años de edad o más pueden responder cuestionarios por sí mismos. De igual modo que la versión para adultos, la versión para adolescentes (de 14 a 18 años) del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-A)* contiene 478 reactivos que se responden con falso o verdadero, algunos de los cuales atañen directamente a cuestiones de la adolescencia. El perfil clínico que se obtiene se parece a las escalas psicopatológicas del MMPI-2 [Pearson].

Los 150 reactivos del *Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI)* proporcionan información sobre el control de impulsos, rapport, estilo de personalidad, funcionamiento escolar, autoestima y más. Se ha publicado una gran cantidad de investigaciones acerca de esta medida cada vez más valorada en edades de 13 a 18 años.

Abuso y estrés parental

Los 120 reactivos de *Parenting Stress Index, Fourth Edition* (36 reactivos de exploración) producen puntuaciones percentilares en dos dominios: niño (Adaptabilidad, Aceptabilidad, Nivel de demanda, Estado de ánimo, Distractibilidad/Hiperactividad, Refuerza a los padres) y padres (Depresión, Apego, Restricción de roles, Competencia, Aislamiento, Relación de pareja de esposos/padres, Salud) [PAR].

LIBROS Y ARTÍCULOS

Si se desea revisar temas específicos del campo de la salud mental infantil y adolescente, se puede buscar en PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) artículos de revistas científicas de todo el mundo. Es necesario escribir el nombre del trastorno que se desee explorar y hacer clic en “Enter”; luego revisar los “Abstracts” bajo “Text availability”, y “Reviews” bajo “Articles types”. También se puede hacer clic en “Show additional filters” y elegir “Child: birth-18 years” bajo “Ages”. Luego hacer clic en “Search”.

Libros y artículos generales

- Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: Author, 2013. El famoso DSM-5 contiene el pensamiento diagnóstico actual en EUA en el campo de la salud mental.
- Cheng K, Myers KM (eds). *Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2011.
- Chess S, Thomas A. Issues in the clinical application of temperament. In G Kohstamm, J Bates, M Rothbart (eds), *Temperament in Childhood*, pp. 377–386. New York: Wiley, 1989.
- Dulcan MK. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*, 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publications, 2016.
- Eaton, DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance— United States, 2011. *MMWR Surveillance Summaries* 2012; 61:1–162.
- Gadernann AM, Alonso J, Vilagut G, Zaslavsky AM, Kessler RC. Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety* 2012;29:797–806.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293:1635–1643.
- Lieberman A, Wieder S, Fenichel E (eds). *The DC 0–3 Casebook*. Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers, and Families, 1997. Sistema alternativo de clasificación diagnóstica para pacientes muy jóvenes; incluye una gran cantidad de ejemplos.
- Mash EJ, Barkley RA (eds). *Child Psychopathology*, 3rd ed. New York: Guilford Press, 2014. Contiene una gran variedad de información acerca de enfermedades mentales infantiles.

- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 49:980–898.
- Morrison J. *DSM-5 Made Easy*. New York: Guilford Press, 2014. Enfoque simplificado para comprender los diagnósticos de adultos del DSM-5.
- Ollendick T, Hersen M (eds). *Handbook of Child and Adolescent Assessment*. Boston: Allyn & Bacon, 1993. Referencia valiosa, aunque antigua, que aborda los temas básicos que subyacen en las estrategias de evaluación, las estrategias mismas y los trastornos infantiles.
- Ozonoff S, Rogers S, Hendren R (eds). *Autism Spectrum Disorders: A Research Review for Practitioners*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2003. Panorama general de la exploración, el diagnóstico y el tratamiento de los niños con trastorno del espectro autista.
- Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros AJD, Fleitlich-Bilyk B, Barros FC, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49:975–983.
- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1970; 126:983–987.
- Rush AJ, First M, Blacker D (eds). *Handbook of Psychiatric Measures*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2008. Revisión integral de la evaluación estructurada con varios capítulos dedicados a instrumentos usados con niños y adolescentes.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed. New York: Lippincott Williams Wilkins, 2009.
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, et al. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*, 11th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. Los clínicos que evalúan y dan tratamiento a niños con discapacidad intelectual deben conocer este otro sistema de clasificación.
- Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. *A Compendium of Neuropsychological Tests*, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2006. Este compendio incluye descripciones de pruebas de cognición, inteligencia, rendimiento, atención, memoria, lenguaje, motricidad y otros atributos.
- Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th ed. Ames, IA: Wiley- Blackwell, 2015.
- Winnicott DW. *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth Press, 1971 Fuente del famoso juego de Squiggles (garabatos).
- Zeanah CH Jr. (ed). *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd ed. New York: Guilford

Press, 2009. Análisis interdisciplinario de aspectos clínicos, de desarrollo y sociales de la salud mental infantil.

Libros y artículos relacionados con temas y capítulos específicos

Más de la tercera parte de estos artículos están disponibles sin costo. Se señalan así [gratuito]

Entrevista

Anglin TM. Interviewing guidelines for the clinical evaluation of adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America* 1987; 34:381–398.

Barker P. *Clinical Interviews with Children and Adolescents*. New York: Norton, 1990. Esta (ahora antigua) obra trata del proceso de entrevista desde una perspectiva, en su mayor parte, teórica (sin ejemplos).

Coupey SM. Interviewing adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 1997; 44:1349–1364.

Cox A, Holbrook D, Rutter M. Psychiatric interviewing techniques: A second experimental study. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152:64–72 . Ofrece referencias a una serie de escritos seminales.

Greenspan SI, with Greenspan NT. *The Clinical Interview of the Child*, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2003. La perspectiva de desarrollo de los propios autores, presentada con diversos ejemplos muy detallados (aunque no literales).

Havighurst SS, Downey L. Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The mindful formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2009; 14:251–271. Revisiones del uso de las cuatro P para construir la formulación.

Hughes JN, Baker DB. *The Clinical Child Interview*. New York: Guilford Press, 1990. Guía detallada (aunque antigua) del proceso de entrevista que se enfoca en niños de edad escolar y adolescentes tempranos.

Morrison J. *The First Interview*, 4th ed. New York: Guilford Press, 2014. Aborda el proceso de entrevista con adultos.

Peterson C, Biggs M. Interviewing children about trauma. *Journal of Trauma and Stress* 1997; 10:279–290.

Pinegar C. Screening for dissociative disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 1995; 8:5–14.

Saywitz K, Camparo L. Interviewing child witnesses: A developmental perspective. *Child Abuse and Neglect* 1998; 22:825–843.

Trad PV. *Conversations with Preschool Children*. New York: Norton, 1990. Se enfoca en el proceso de desarrollo.

Trastornos del neurodesarrollo

- Alm PA. Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: Review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders* 2014; 40:5–21.
- Brentani H, de Paula CS, Bordini D, Rolim D, Sato F, Portolese J, et al. Autism spectrum disorders: An overview on diagnosis and treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2013; 35:S62–S72. [gratuito]
- Chapman C, Laird J, Ifi Il N, KewalRamani A. *Trends in High School Dropout and Completion Rates in the United States: 1972–2009* (NCES 2012-006). Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2012. Retrieved from <https://nces.ed.gov/pubs2012/2012006.pdf> [gratuito]
- Conti- Ramsden G, Botting N, Simkin Z, Knox E. Follow-up of children attending infant language units: Outcomes at 11 years of age. *International Journal of Language and Communication Disorders* 2001; 36:207–219.
- Cortiella C, Horowitz SH. *The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues*, 3rd ed. New York: National Center for Learning Disabilities, 2014. Retrieved from www.nclld.org/wp-content/uploads/2014/11/2014-State-of-LD.pdf [gratuito]
- Devlin JT, Jamison HL, Gonnerman LM, Matthews PM. The role of the posterior fusiform gyrus in reading. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2006; 18:911–922. [gratuito]
- Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2011; 36:137–143.
- Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders* 2014; 40:69–82.
- King BH, de Lacy N, Siegel M. Psychiatric assessment of severe presentations in autism spectrum disorders and intellectual disability. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2014; 23:1–14.
- Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology* 2012; 47:77–90.
- Lauritsen MB. Autism spectrum disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(Suppl 1):S37–S42.
- Martino D, Mink JW. Tic disorders. *Continuum* (Minneapolis) 2013; 19:1287–1311.
- Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention deficit hyperactivity disorder. *Current Topics in Behavioral Sciences* 2014; 16:235–266. [gratuito]
- Moll K, Kunze S, Neuhoff N, Bruder J, Schulte-Köme G. Specific learning disorder:

- Prevalence and gender differences. *PLoS ONE* 2014; 9(7):e103537. [gratuito]
- Rakhlin N, Cardoso-Martins C, Kornilov SA, Grigorenko EL. Spelling well despite developmental language disorder: What makes it possible? *Annals of Dyslexia* 2013; 63:253–273. [gratuito]
- Shaw ZA, Coffey BJ. Tics and Tourette syndrome. *Psychiatric Clinics of North America* 2014; 37:269–286.
- Smeets EEJ, Pelc K, Dan B. Rett syndrome. *Molecular Syndromology* 2011; 2:113–127. [gratuito]
- Stein DJ, Woods DW. Stereotyped movement disorder in ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014; 36:S65–S68. [gratuito]
- Stothard SE, Snowling MJ, Bishop DVM, Chipchase BB, Kaplan CA. Language impaired preschoolers: A follow up into adolescence. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 1998; 41:407–418.
- Swineford LB, Thurm A, Baird G, Wetherby AM, Swedo S. Social (pragmatic) communication disorder: A research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2014; 6:41. [gratuito]
- Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): An updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development* 2014; 40:762–774.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135:e994-e1001. [gratuito]
- Volkmar FR, McPartland JC. From Kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept. *Annual Review of Clinical Psychology* 2014; 10:193–212.
- Wilson PH, Ruddock S, Smits-Engelsman B, Polatajko H, Blank R. Understanding performance deficits in developmental coordination disorder: A meta-analysis of recent research. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2013; 55:217–228.
- Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders* 2013; 38:66–87.
- Zeanah CH, Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; 56:3207–3222.
- Zwicker JG, Missiuna C, Harris SR, Boyd LA. Developmental coordination disorder: A review and update. *European Journal of Paediatric Neurology* 2012; 16:573–581.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- Cak HT, Cengel Kültür SE, Pehlivantürk B. Remitting brief psychotic disorder in a 15-year-old male. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 16:281–285.
- Castro-Fornieles J, Baeza I, de la Serna E, Gonzalez-Pinto A, Parellada M, Graell M, et al. Two-year diagnostic stability in early-onset first-episode psychosis. *Journal of*

- Child Psychology and Psychiatry* 2011; 52:1089–1098.
- Frazier JA, McClellan J, Findling RL, Vitiello B, Anderson R, Zablotsky B, et al. Treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS): Demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46:979–988.
- Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine* 2012; 42:1857–1863.
- Kelleher I, Keeley M, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N, et al. Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: Evidence from four population-based studies. *British Journal of Psychiatry* 2012; 201:26–32. [gratuito]
- McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 52:976–990. [gratuito]
- Okkels N, Vernal DL, Jensen SO, McGrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; 127:62–68.
- Tandon R, Heckers S, Bustillo J, Barch DM, Gaibel W, Gur RE, et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research* 2013; 150:26–30.
- Tiffin PA, Welsh P. Practitioner review: Schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents—evidence-based management approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54:1155–1175.

Trastornos del estado de ánimo

- Clark MS, Jansen KL, Cloy A. Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician* 2012; 86:442–448. [gratuito]
- Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry* 2013; 170:173–179. [gratuito]
- Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171:668–674. [gratuito]
- DeFilippis MS, Wagner KD. Bipolar depression in children and adolescents. *CNS Spectrums* 2013; 18:209–213.
- Dinya E, Csorba J, Grósz Z. Are there temperament differences between major depression and dysthymic disorder in adolescent clinical outpatients? *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53:350–354.
- Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young

- children. *Psychological Medicine* 2014; 44:2339–2350. [gratuito]
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293:1635–1643.
- Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands: I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders* 1997; 42:9–22.
- Jonsson U, Bohman H, von Knorring L, Olsson G, Paaren A, von Knorring A-L. Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a Community sample. *Journal of Affective Disorders* 2011; 130:395–404.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* 2012; 69:372–380. [gratuito]
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello J, Green JG, Gruber MJ, McLaughlin KA, et al. Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* 2012; 69:381–389. [gratuito]
- Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168:129–142. [gratuito]
- Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM, et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14:30–33. [gratuito]
- Margulies DM, Weintraub S, Basile J, Grover PJ, Carlson GA. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disorders* 2012; 14:488–496.
- Mayes SD, Mathiowetz C, Kokotovich C, Waxmonsky J, Baweja R, Calhoun SL, et al. Stability of disruptive mood dysregulation disorder symptoms (irritable-angry mood and temper outbursts) throughout childhood and adolescence in a general population sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2015; 43:1543–1549.
- Merikangas KR, Cui L, Kattan G, Carlson GA, Youngstrom EA, Angst J. Mania with and without depression in a community sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry* 2012; 69:943–951. [gratuito]
- Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: Clinical features and therapeutic strategies. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2013; 17:1546–1551. [gratuito]PÁGINA 462
- Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Pediatric Drugs* 2013; 15:191–202.

- Roy AK, Lopes V, Klein RG. Disruptive mood dysregulation disorder: A new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171:918–924. [gratuito]
- Swedo SE, Pleeter JD, Richter DM, Hoffman CL, Allen AJ, Hamburger SD, et al. Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1016–1019.
- Tonetti L, Barbato G, Fabbri M, Adan A, Natale V. Mood seasonality: A cross-sectional study of subjects aged between 10 and 25 years. *Journal of Affective Disorders* 2007; 97:155–160.
- Van Meter A, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Feeny NC, Findling RL. Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. *Journal of Affective Disorders* 2011; 132:55–63.[gratuito]

Trastornos de ansiedad

- Asmundson GJG, Taylor S, Smits JAJ. Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety* 2014; 31:480–486.
- Bagnell AL. Anxiety and separation disorders. *Pediatrics in Review* 2011; 32:440–446.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America* 2009; 32:483–524. [gratuito]
- Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The Great Smoky Mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2014; 53:21–33. [gratuito]
- Creswell C, Waite P, Cooper PJ. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 2014; 99:674–678. [gratuito]
- Klein RG. Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50:153–162.
- Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE Jr. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47:548–555. [gratuito]
- McBride ME. Beyond butterflies: Generalized anxiety disorder in adolescents. *The Nurse Practitioner* 2015; 40:28–36.
- Mesa F, Beidel DC, Bunnell BE. An examination of psychopathology and daily impairment in adolescents with social anxiety disorder. *PLoS ONE* 2014; 9:e93668. [gratuito]
- Mohr C, Schneider S. Anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(Suppl 1):S17–S22.
- Silverman WK, Moreno J. Specific phobia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2005; 14:819–843.

Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review* 2009; 29:57–67.

Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: Differences in clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders* 2014; 167:326–332. [gratuito]

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

Boileau B. A review of obsessive– compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011; 13:401–411. [gratuito]

Harrison JP, Franklin ME. Pediatric trichotillomania. *Current Psychiatry Reports* 2012; 14:188–196. [gratuito]

Ivanov VZ, Mataix-Cols D, Serlachius E, Lichtenstein P, Anckarsäter H, Chang Z, et al. Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: A population based twin study in 15-year olds. 2013; PLoS ONE 8:e69140. [gratuito]

Krebs G, Heyman I. Obsessive– compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 2015; 100:495–499. [gratuito]

Leibovici V, Murad S, Cooper-Kazaz R, Tetro T, Keuthem NJ, Hadayer N, et al. Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: Prevalence and associated mental health correlates. *General Hospital Psychiatry* 2014; 36:686–689.

Murphy TK, Patel PD, McGuire JF, Kennel A, Mutch PJ, Parker- Athill EC, et al. Characterization of the pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome phenotype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2015; 25:14–25.

Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder: What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 78:223–227.

Snorrason I, Stein DJ, Woods DW. Classification of excoriation (skin picking) disorder: current status and future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; 128:406–407.

Storch EA, Rahman O, Park JM, Reid J, Murphy TK, Lewin AB. Compulsive hoarding in children. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2011; 67:507–516.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Casey P. Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Reports* 2014; 16:451.

Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Adolescent adjustment disorder: Precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *European Psychiatry* 2007; 22:288–295.

Rosenberg AR, Postier A, Osenga K, Kreicbergs U, Neville B, Dussel V, et al. Long-term psychosocial outcomes among bereaved siblings of children with cancer. *Journal of Pain Symptom Management* 2015; 49:55–65. [gratuito]

Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: Pros and cons of [gratuito]

Stoddard FJ Jr. Outcomes of traumatic exposure. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2014; 23:243–256.including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* 2013; 13:3.

Trastornos disociativos

Bernier M-J, Hébert M, Collin-Vézina D. Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma and Dissociation* 2013; 14:455–472.

Boysen GA. The scientific status of childhood dissociative identity disorder: A review of published research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2011; 80:329–334

Li J, Vestergaard M, Cnattingius S, Gissler M, Bech BH, Obel C, et al. Mortality after parental death in childhood: A nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Medicine* 2014; 11:e1001679. [gratuito]

Sar V, Onder C, Kilincasian A, Zoroglu SS, Alyanak B. Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma and Dissociation* 2014; 15:402–419.

Wolf MR, Nochajski TH. Child sexual abuse survivors with dissociative amnesia: What's the difference? *Journal of Child Sexual Abuse* 2013; 22:462–480.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *British Journal of Psychiatry* 2013; 202:413–418. [gratuito]

Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014; 383:1412–1421.

El-Metwally A, Halder S, Thompson D, Macfarlane GJ, Jones GT. Predictors of abdominal pain in schoolchildren: A 4-year population-based prospective study. *Archives of Disease in Childhood* 2007; 92:1094–1098. [gratuito]

Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise TN. Psychological factors affecting medical condition: A new proposal for DSM-V. *Psychosomatics* 2007; 48:103–111.

Patel H, Dunn DW, Austin JK, Doss JL, LaFrance WC Jr, Plioplys S, et al. Psychogenic nonepileptic seizures (pseudoseizures). *Pediatrics in Review* 2011; 32:e66–e72.

Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70:218–228.

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Allen KA, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based

sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2013; 122:720–732.

Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image* 2013; 10:1–7. [gratuito]

Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics* 2014; 134:582–592. [gratuito]

Föcker M, Knoll S, Hebebrand J. Anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(Suppl 1): S29–S35.

Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: Update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2015;24:177–196.

Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports* 2014; 16:446.

Trastornos de la excreción

Fritz G, Rockney R, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43:1540–1550.

Robson WL. Clinical practice: Evaluation and management of enuresis. *New England Journal of Medicine* 2009; 360:1429–1436.

Von Gontard, A. The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(Suppl 1):S61–S67.

Trastornos del sueño-vigilia

American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*, 3rd ed. Darien, IL: Author, 2014.

Barclay NL, Gregory AM. Sleep in childhood and adolescence: Age-specific sleep characteristics, common sleep disturbances and associated difficulties. *Current Topics in Behavioral Neurosciences* 2014; 16:337–365.

Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Beebe DW. Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics* 2012; 129:e276–e284. [gratuito]

Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF. Common sleep disorders in children. *American Family Physician* 2014; 89:368–377. [gratuito]

Stores G. Aspects of parasomnias in childhood and adolescence. *Archives of Disease in Childhood* 2009; 94:63–69.

Disforia de género

- Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2016; 21:108–118.
- Shechner T. Gender identity disorder: A literature review from a developmental perspective. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2010; 47:132–138. [gratuito]
- Spack NP, Edwards- Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics* 2012; 129:418–425. [gratuito]
- Zucker KJ, Wood H. Assessment of gender variance in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011; 20:665–680.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

- Aboujaoude E, Gamel N, Koran LM. Overview of kleptomania and phenomenological description of 40 patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 6:244–247. [gratuito]
- Blair RJJ. The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience* 2013; 14:786–799. [gratuito]
- Burke JD. An affective dimension within ODD symptoms among boys: Personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 53:1176–1183. [gratuito] PÁGINA 466
- Chan LG, Bharat S, Dani DK. Pattern of psychiatric morbidity among theft offenders remanded or referred for psychiatric evaluation and factors associated with reoffence. *Singapore Medical Journal* 2013; 54:339–342. [gratuito]
- Fairchild G, van Goozen SH, Calder AJ, Goodyer IM. Research review: Evaluating and reformulating the developmental taxonomic theory of antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54:924–940. [gratuito]
- Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. Can callous– unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents?: A comprehensive review. *Psychological Bulletin* 2014; 140:1–57.
- Grant JE, Kim SW. Clinical Characteristics and associated psychopathology of 22 patients with kleptomania. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43:378–384.
- Grant JE, Potenza MN, Krishnan-Sarin S, Cavallo DA, Desai RA. Stealing among high school students: Prevalence and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2011; 39:44–52. [gratuito]
- Herpers PC, Rommelse NN, Bons DM, Buitelaar JK, Scheepers FE. Callous– unemotional traits as a cross- disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012; 47:2045–2064. [gratuito]

- Lambie I, Randell I. Creating a firestorm: A review of children who deliberately light fires. *Clinical Psychology Review* 2011; 31:307–327.
- McLaughlin KA, Green JG, Hwang I, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* 2012; 69:1131–1139. [gratuito]
- Robins L. *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore, Williams Wilkins, 1974.
- Shelleby EC, Kolko DJ. Predictors, moderators, and treatment parameters of community and clinic-based treatment for child disruptive behavior disorders. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24:734–748.
- Steiner H, Remsing L, The Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46:126–141.
- Vaughn MG, Fu Q, DeLisi M, Wright JP, Beaver KM, Perron BE, et al. Prevalence and correlates of fire-setting in the United States: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51:217–223. [gratuito]

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44:609–621.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Miech RA. *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2013. Vol 1. Secondary School Students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan, 2014. Retrieved from http://monitoringthefuture.org//pubs/monographs/mtf-vol1_2013.pdf [gratuito]
- McCabe SE, West BT, Veliz P, Frank KA, Boyd CJ. Social contexts of substance use among U.S. high school seniors: A multicohort national study. *Journal of Adolescent Health* 2014; 55:842–844.
- Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America* 2002; 49:463–477.
- Windle M, Spear LP, Fuligni AJ, Angold A, Brown JD, Pine D, et al. Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics* 2008; 121(Suppl 4):S273–S289. [gratuito]

Trastornos cognitivos

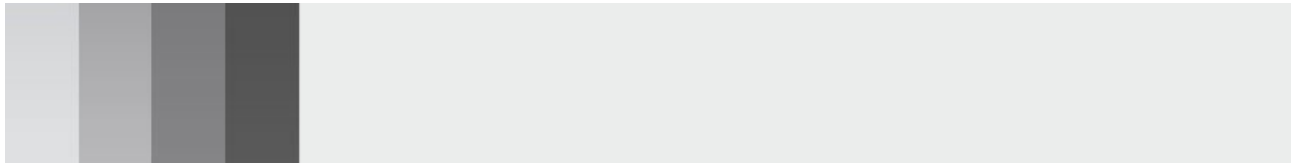
- Kelly P, Frosch E. Recognition of delirium on pediatric hospital services. *Psychosomatics* 2012; 53:446–451.
- Max JE. Neuropsychiatry of pediatric traumatic brain injury. *Psychiatric Clinics of North America* 2014; 37:125–140. [gratuito]
- Nilsson L-G. Memory function in normal aging. *Acta Neurologica Scandinavica* 2003; 107(Suppl 179):7–13.
- Smith HAB, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. Pediatric delirium: Monitoring and management in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America* 2013;60:741–760.

Trastornos de la personalidad

- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014; 134:782–793. [gratuito]
- Larrivée M-P. Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013; 15:171–179. [gratuito]

Otros códigos diagnósticos

- El Center for Disease Control tiene una página de internet sobre la prevención de la violencia: www.cdc.gov/violenceprevention/overview/index.html
- National Child Traumatic Stress Network's 12 core concepts for understanding children's response to traumatic stress. <http://nctsn.org/resources/audiences/parents-caregivers/what-is-cts/12-coreconcepts> [gratuito].
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245–258. (Más información en www.acestudy.org).
- Harrison AG, Edwards MJ, Parker KC. Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2007; 22:577–588. [gratuito]
- Walker JS. Malingering in children: Fibs and faking. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011; 20:547–556.
- Wamboldt M, Kaslow N, Reiss D. Description of relational processes: Recent changes in DSM-5 and proposals for ICD-11. *Family Process* 2015; 54:6–16.



Apéndice 2

Panorama general de los diagnósticos del DSM-5

El apéndice 2 es un panorama general de los diagnósticos del DSM-5 que son más útiles para los pacientes jóvenes. No se incluyen todos los trastornos ni otros códigos diagnósticos abordados en la parte II de este libro. Para ahorrar espacio, se decidió omitir todos los diagnósticos de **otro trastorno especificado o no especificado**. También se omitieron los trastornos inducidos por medicamentos y los códigos administrativos adicionales que se listan en el capítulo 27, al igual que otros trastornos que son poco comunes en niños y adolescentes.

Se usaron de las siguientes convenciones tipográficas. Los nombres de los grupos diagnósticos dentro de las secciones aparecen en *cursivas*. Los nombres de diagnósticos individuales de los que presentan las Características esenciales aparecen en **negritas**; mientras que los nombres de los demás diagnósticos aparecen en tipo romano. Los diagnósticos ilustrados por presentaciones de casos se indican con un asterisco (*); algunos trastornos están ilustrados por más de un caso; y a veces más de un trastorno está representado en un solo caso. Cuando se conoce, se establece la frecuencia relativa por género.

En este apéndice, también se indica la presencia de los trastornos en diversos grupos de edad, de acuerdo con el código que se especifica enseguida. En algunos casos, no se sabe cuándo el diagnóstico tiene mayores probabilidades de ser encontrado en primera instancia; en otros, se ha informado una distribución binomial.

0 = El diagnóstico es inapropiado a esta edad

+ = El diagnóstico se puede aplicar al grupo de edad

++ = El diagnóstico tiene probabilidades de ser encontrado en este grupo de edad en primera instancia.

Por último, la abreviatura OAM se refiere a *otra afección médica*.

Sección, grupo o	Código	Número	Proporción	Primer	2 a	Preescolares	Edad	Adolescencia	Adolescencia
------------------	--------	--------	------------	--------	-----	--------------	------	--------------	--------------

<i>trastorno</i>	<i>numérico</i>	<i>de página</i>	<i>hombres- mujeres</i>	<i>año</i>	<i>3 años</i>		<i>escolar</i>	<i>temprana</i>	<i>tardía</i>
Trastornos del neurodesarrollo									
Discapacidad intelectual		164	M > F						
Leve*	F70			+	++	+	+	+	+
Moderada	F71			+	++	+	+	+	+
Grave	F72			++	+	+	+	+	+
Profunda	F73			++	+	+	+	+	+
Retraso global del desarrollo	F88	172		0	+	++	0	0	0
Trastorno del lenguaje*	F80.2	172	M > F	0	+	++	+	+	+
Trastorno fonológico*	F80.0	175	M > F	0	+	++	+	+	+
Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)	F80.81	176	M > F	0	+	++	+	+	+
Trastorno de la comunicación social (pragmático)	F80.89	177		0	0	+	++	+	+
Trastorno del espectro autista*	F84.0	181	M > F	+	++	+	+	+	+
Trastorno por déficit de atención / hiperactividad*	F90.x	192	M > F	0	+	+	++	+	+
Presentación predominante con falta de atención	F90.0								
Presentación predomnante hiperactiva / impulsiva	F90.1								
Presentación combinada	F90.2								
Trastorno específico del aprendizaje*	F81.xx	197							
Con dificultades en la lectura	F81.0	198	M = F	0	0	0	++	+	+
Con dificultad matemática	F81.2			0	0	0	++	+	+
Con dificultad en la expresión escrita	F81.81			0	0	0	++	+	+
Trastorno del desarrollo de la coordinación*	F82	203	M > F	0	0	+	++	+	+
Trastorno de movimientos	F98.4	207		0	+	+	+	+	+

estereotipados*									
Trastorno de Tourette*	F95.2	209	M > F	0	+	+	++	++	+
Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)	F95.1	209	M > F	0	+	+	++	++	+
Trastorno de tics transitorio	F95.0	209	M > F	0	+	+	++	++	+
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos									
Esquizofrenia*	F21	218	M > F	0	0	0	+	+	++
Trastorno delirante	F22	225	M = F	0	0	0	+	+	+
Trastorno esquizofreniforme*	F20.81	223	M > F	0	0	0	+	+	+
Trastorno esquizoafectivo	F25.x	223	F > M	0	0	0	+	+	+
Trastorno psicótico breve	F23	223	F > M	0	0	0	+	+	+
Trastorno psicótico debido a [OAM]	F06.x	224	F > M?	0	0	+	+	+	+
Trastorno psicótico inducido por [sustancias/medicamentos]	—.-	225	M > F?	0	0	0	+	+	+
Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)	F06.1	223		0	0	0	0	0	0
Trastornos del estado de ánimo									
<i>Trastorno bipolar y trastornos relacionados</i>									
Trastorno bipolar I*	F31.xx	253	F > M	0	0	0	0	+	+
Trastorno bipolar II	F31.81	253	F > M	0	0	0	0	+	+
Trastorno ciclotímico	F34.0	254	M = F	0	0	0	0	+	+
<i>Trastornos depresivos</i>									
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo*	F34.8	246							
Trastorno de depresión mayor, episodio único	F32.xx	239	F > M	0	0	+	+	+	+
Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente	F33.xx	239	F > M	0	0	0	+	+	+
Trastorno depresivo persistente (distimia)*	F34.1	241	F > M	0	0	+	+	+	+
Trastorno disfórico premenstrual	N93.4	247	F	0	0	0	0	+	+

<i>Otros trastornos del estado de ánimo</i>									
Trastorno {depresivo} {bipolar} debido a [OAM]	F06.3x	258		0	0	0	+	+	+
Trastorno {depresivo} {bipolar} inducido por [sustancias / medicamentos]	—.-	258		0	0	0	+	+	+
Trastornos de ansiedad									
Trastorno de ansiedad por separación*	F93.0	262	F > M	0	0	+	++	+	+
Mutismo selectivo*	F94.0	266	F > M	0	+	+	++	+	+
Fobia específica*	F40.2xx	270	F > M	0		++	+	+	+
Trastorno de ansiedad social*	F40.10	272		0	0	+	+	++	+
Trastorno de pánico*	F41.0	275	F > M	0	0	+	+	+	++
Agorafobia*	F40.00	275	F > M						
Trastorno de ansiedad generalizada*	F41.1	279	F > M	0	0	+	++	++	+
Trastorno de ansiedad inducido por [sustancias / medicamentos]	—.-	283		0	0	0	+	+	+
Trastorno de ansiedad debido a [OAM]	F06.4	283		0	0	+	+	+	+
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados									
Trastorno obsesivo- compulsivo*	F42	285	M = F	0	0	+	++	+	+
Trastorno dismórfico corporal	F45.22	291	M = F	0	0	0	+	++	++
Trastorno de acumulación	F42	291							
Tricotilomanía*	F63.3	291	F > M	0	0	0	+	+	+
Trastorno de excoriación (rascarse la piel)	L98.1	291							
Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados inducidos por [sustancias / medicamentos]	—.-	294		0	0	0	+	+	+
Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados debidos a	F06.8	294		0	0	+	+	+	+

[OAM]									
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés									
Trastorno de apego reactivo*	F94.1	297		++	++	+	+	+	+
Disinhibited social engagement disorder*	F94.2	297							
Trastorno de estrés postraumático*	F43.10	303	F > M	0	+	+	+	+	+
Trastorno de estrés agudo	F43.0	303		0	+	+	+	+	+
Trastorno de adaptación*	F43.2x	311	M = F	0	0	+	+	+	+
Trastornos disociativos									
Trastorno de identidad disociativo	F44.81		F > M	0	0	0	+	+	+
Amnesia disociativa*	F44.0	319		0	0	0	+	+	+
Con fuga disociativa	F44.1			0	0	0	0	+	+
Trastorno de despersonalización / desrealización	F48.1			0	0	0	+	+	+
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados									
Trastorno de síntomas somáticos*	F45.1	328	F > M	0	0	0	0	0	0
Con predominio de dolor*		332	F > M	0	0	+	+	+	+
Trastorno de ansiedad por enfermedad	F45.21		M = F	0	0	0	+	+	+
Trastorno de conversión*	F44.x	324	F > M	0	0	+	+	+	+
Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas	F54	334		0	0	0	+	+	+
Trastorno facticio*	F68.10	338	M > F	0	0	+	+	+	+
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos									
Pica (en niños)*	F98.3	345		+	+	++	+	+	+
Trastorno de rumiación	F98.21	347	M > F	++	+	+	+	+	+
Trastorno de evitación / restricción de la ingesta de alimentos*	F50.8	348		++	+	0	0	0	0

Anorexia nerviosa*	F50.0x	351	F > M	0	0	0	+	+	++
Bulimia nerviosa*	F50.2	351	F > M	0	0	0	+	+	++
Trastorno de atracones*	F50.8	355							
Trastornos de la excreción									
Encopresis*	F64.2	378	M > F	0	0	+	+	+	0
Enuresis*	F64.1		M > F	0	0	0	0	+	+
Trastornos del sueño-vigilia									
Trastorno de insomnio	F51.01		F > M	0	0	0	+	+	+
Trastorno por hipersomnia	F51.11		M > F	0	0	0	+	+	++
Narcolepsia	G47.4xx		M = F	0	0	0	0	+	+
Apnea e hipoapnea obstructiva del sueño*	G47.33	373	M > F	0	+	+		+	+
Trastornos del ritmo cicardiano de sueño-vigilia	G47.2x							+	++
Trastorno del despertar del sueño no REM									
Tipo con sonambulismo	F51.3	371	M = F	0	0	+	++	+	+
Tipo con terrores nocturnos	F51.4	369	M > F	0	0	++	+	+	+
Trastorno de pesadillas	F51.5			0	+	+	+	+	+
Trastorno del comportamiento del sueño no REM	G47.52								
Trastorno del sueño inducido por [sustancias / medicamentos]	—.-	376		0	0	0	+	+	+
Disforia de género									
En niños*	F64.2	378	M > F	0	0	+	+	+	0
En adolescentes y adultos	F64.1		M > F	0	0	0	0	+	+
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta									
Trastorno negativista desafiante*	F91.3	386	M > F	0	0	+		+	+
Trastorno explosivo intermitente	F63.81		M > F	0	0	0	0	0	+
Trastorno de la conducta*	F91.x	389	M > F	0	0	+	++	+	+
Piromanía	F63.1	394	M > F	0	0	0	0	0	+

Cleptomanía	F63.2	394	F > M	0	0	0	0	0	+
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos									
Trastorno por consumo de [sustancia]*	—.-	400	M > F	0	0	0	+	+	+
Intoxicación por [sustancia]*	—.-	402	M > F	0	0	0	+	+	+
Abstinencia de [sustancia]*	—.-	402	M > F	0	0	0	+	+	+
Juego patológico	F63.0		M > F	0	0	0	0	+	++
Trastornos cognitivos									
<i>Delirium</i>									
Delirium por intoxicación por [sustancia]*	—.-	418	0	0	0	+	+	+	++
Delirium por abstinencia de [sustancia]	—.-	418	0	0	0	+	+	+	++
Delirium inducido por medicamentos	—.-	418							
Delirium debido a [OAM]	F05	418		+	++	++	+	+	+
<i>Trastornos neurocognitivos mayores y leves (TNC) a</i>									
TNC debido a enfermedad de Alzheimer	F02.8x		F > M	0	0	0	0	0	0
TNC vascular	F01.5x		M > F	0	0	+	+	+	+
TNC debido a un traumatismo cerebral*	F02.8x	425	M > F	0	0	+	+	+	+
TNC debido a infección por VIH	F02.8x		M > F	0	0	+	+	+	+
TNC debido a enfermedad por priones	F02.8x			0	0	+	+	+	+
TNC debido a enfermedad de Huntington	F02.8x		M = F	0	0	0	0	+	+
TNC debido a [OAM]	F02.8x	424		0	0	+	+	+	+
TNC inducido por [sustancias / medicamentos]	—.-			0	0	+	+	+	+
Trastornos de la personalidad*									
Trastorno de la personalidad paranoide	F60.0		M > F	0	0	0	0	+	+

Trastorno de la personalidad esquizoide	F60.1		M > F	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad esquizotípica	F21			0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad antisocial	F60.2		M > F	0	0	0	0	0	+
Trastorno de la personalidad limite	F60.3		F > M	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad histriónica	F60.4		F > M	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad narcisista	F60.81		M > F	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad evitativa	F60.6		M = F	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad dependiente	F60.7		M = F	0	0	0	0	+	+
Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	F60.5		M > F	0	0	0	0	+	+
Cambio de la personalidad debido a [OAM]	F07.0			0	0	0	0	+	+
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica									
<i>Problemas de relación</i>									
Problemas de relación entre padres e hijos*	Z62.820	437		0	+	+	+	+	+
Problemas de relación con los hermanos	Z62.820	438		0	+	++	+	+	+
Educación lejos de los padres	Z62.29	438		+	+	+	+	+	+
Niño afectado por una relación parental conflictiva	Z62.898	438		+	+	+	+	+	+
Duelo no complicado	Z63.4	438		0	+	+	+	+	+
<i>Maltrato infantil y problemas de negligencia^b</i>									
Maltrato físico infantil, confirmado	T74.12	441	+	+	+	+	+	+	+
Abuso sexual infantil, confirmado	T74.22	441	+	+	+	+	+	++	+
Negligencia infantil, confirmada	T74.02	441	+	+	+	+	+	+	+
Maltrato psicológico infantil, confirmado	T74.32	441 441	+	+	+	+	+	+	+

<i>Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica</i>									
Incumplimiento de tratamiento médico	Z91.19	443		0	0	0	+	+	+
Simulación	Z76.5	443					+	+	+
Comportamiento antisocial infantil o adolescente	Z72.810	444		0	0	0	+	+	+
Funcionamiento intelectual límite	R41.83	444		0	0	+	+	+	+
Problema académico o educativo	Z55.9	444		0	0	0	+	+	+
Otro problema relacionado con el empleo	Z56.9	444		0	0	0	0	0	+
Pobreza extrema	Z59.5			+	+	+	+	+	+
Personas sin hogar	Z59.0			+	+	+	+	+	+
Problema religioso o espiritual	Z65.8	444		0	0	0	+	+	+
Dificultad de aculturación	Z60.3	445		0	0	+	+	+	+
Problema de fase de la vida	Z60.0	445		0	0	0	+	+	+
Exclusión o rechazo social	Z60.4				+	+	+	+	+
Historia personal de autolesión	Z91.5						+	+	+
Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución	Z60.5			+	+	+	+	+	+
Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales	Z65.8			+	+	+	+	+	+

^a Los códigos numéricos corresponden a los TNC mayores (demencias); todas las etiologías de los TNC leves se codifican como G31.84. En el caso de los TNC mayores, el quinto dígito (x) 1 corresponde a con *alteración del comportamiento* y 0, a sin *alteración del comportamiento*.

^b Se usan diferentes códigos para las cuatro categorías de maltrato infantil cuando se trata de una sospecha (véase tabla 27-1), y se usan numerosos códigos Z en el caso de una visita a servicios de salud mental: víctima vs perpetrador, y maltrato/abuso/negligencia parental vs no parental (véase DSM-5).



Apéndice 3

Cuestionario para padres

Nombre del niño
Edad actual/fecha de nacimiento
¿Es un niño adoptado? Si así es, ¿cuáles son los detalles?
¿Quién vive en casa con el niño?
¿Quién es el tutor legal?
¿Quién envió al niño a evaluación?

¿Qué problema o preocupación tiene respecto con su hijo en este momento?

¿Su hijo ha tenido problemas o ha recibido alguno de los siguientes diagnósticos? (Si así es, anote debajo los detalles).

Se siente triste o sin esperanza; llora con frecuencia	Se siente ansioso/nervioso/preocupado
Irritabilidad	Tiene ataques de pánico
Piensa a menudo en la muerte o en pérdidas	Problemas de visión/audición
Pensamientos suicidas	Ve/oye/siente cosas que no son reales
Cambios en el apetito	Hiperactividad
Melindroso con los alimentos	Impulsividad
Pérdida de peso o preocupación por la imagen corporal	Es desorganizado/olvidadizo
Atracones/purgas o dieta restrictiva	Dificultad para terminar tareas/proyectos
Dificultad para quedarse o permanecer dormido	Explosiones de mal humor
Pesadillas/terrores nocturnos/sonambulismo	Conducta agresiva en casa
Ronquidos o dificultades para respirar dormido	Conducta agresiva en la escuela
Somnolencia excesiva durante el día	Ausentismo escolar
Moja la cama	Dificultades legales/con la policía

Accidentes con el uso del baño en el día	Uso excesivo de la computadora/celular/videojuegos
Tics/Gilles la Tourette, movimientos involuntarios	Consumo de alcohol y drogas
Retraso del lenguaje/habla	Ha sido testigo de violencia doméstica
Trastorno del aprendizaje (lectura/matemáticas/escritura)	Divorcio de los padres
Se arranca el cabello/las pestañas o se rasca la piel	Movimiento familiar
Tiene pocos amigos	Pérdida de una mascota
Sufre acoso escolar (físico, verbal, virtual)	Pérdida de amistades o relaciones románticas
Víctima de negligencia, maltrato físico o abuso sexual	Abandono parental
Apego excesivamente rígido a las rutinas	Muerte de un miembro de la familia/amigo
Problemas en las transiciones entre actividades	Retraimiento social Retraimiento social

Nota: de *Children and Adolescents, Second Edition: Skills and Strategies for Effective DSM-5 Diagnosis* de James Morrison y Kathryn Flegel. Copyright © The Guilford Press. Versión descargable en www.manualmoderno.com/morrison

Detalles (edad, breve descripción) de los problemas arriba señalados:

Detalles de la historia pre- y perinatal:

¿Fue un embarazo planeado?
¿El embarazo llegó a término?
¿Problemas o enfermedades durante el embarazo?
¿Consumo materno de sustancias (incluyendo alcohol/tabaco) o exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo?
¿Dificultades perinatales?
¿Cesárea?
Peso al nacer (kilos, gramos). Estatura al nacer
¿El bebé tuvo problemas para respirar?
¿Se le administró oxígeno?
¿Hubo ictericia?
¿Hubo transfusión de sangre?

¿A qué edad (meses, años), por primera vez, el niño:

¿Se sentó sin apoyo?

¿Gateó?
¿Se puso de pie por sí solo?
¿Caminó?
¿Pronunció sus primeras palabras?
¿Pronunció oraciones completas?
¿Aprendió a ir al baño?

Antecedentes generales de salud del niño:

Alergias	Lesiones en la cabeza
Asma	Fiebre reumática
Diabetes	Faringitis estreptocócica
Váricela	Cirugías
Problemas cardiacos	Dolores de cabeza recurrentes
Infecciones de oído	Dolores de estómago frecuentes
Infecciones de vías urinarias	Convulsiones
Poco control de esfínteres	Otras enfermedades o lesiones
Meningitis/encefalitis	

Detalles (edad en años, tratamiento, resultados) de los problemas arriba señalados:

Medicamentos actuales o pasados:

Nombre del medicamento	Edad en que se usó	Dosis	Razón de su uso y eficacia

Historia de vacunación; escriba en qué edad se le administró cada una:

--	--

DTaP (difteria, tétanos, tos ferina)	Vacuna triple viral (sarampión, paperas, rubéola)
Hepatitis A	Polio
Hepatitis B	Varicela
Influenza	VPH (virus del papiloma humano)
Meningococo (meningitis)	

Escolaridad:

Escuela actual
Grado
Maestro principal
Calificaciones actuales (rango)
¿Problemas con materias específicas?
¿Problemas de disciplina?
¿Ha repetido un grado?
¿Necesidades de educación especial?
Número de escuelas a las que ha asistido

Datos familiares (por favor, incluya información sobre cualquier hermanastro o medio hermano):

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro
Nombre				
Dirección				
Ciudad, estado, CP				
Último grado escolar terminado				
Número de matrimonios				
Ocupación actual				
Hijos (nombres, edades)				
Nombres de los abuelos				
Ubicación de los abuelos				

Antecedentes familiares de enfermedades:

¿Algún familiar consanguíneo del niño (madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, primos) ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos?

	Familiar(es)	Breve descripción
Uso de alcohol u otras sustancias		
Ansiedad, fobias, obsesiones		
Autismo/de Asperger		
Problemas de conducta/trastorno de la conducta/conducta delictiva		
Conflicto con la familia u otros		
Depresión		
Trastornos del aprendizaje o dificultades intelectuales		
Manía/trastorno bipolar		
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad		
Psicosis/esquizofrenia		
Convulsiones/epilepsia/traumatismo cerebral		
Suicidio o intento de suicidio/hospitalización psiquiátrica		
Tics/Gilles la Tourette		

Detalles de los problemas arriba señalados:

¿La familia padece alguna situación estresante actual, como enfermedad, muerte, despliegue militar, problemas económicos, múltiples mudanzas, pérdida de trabajo? Si así es, por favor, descríbalos:

¿Hay alguna otra circunstancia que influya el estilo parental con su hijo? Por favor, descríbala:

Índice

Dedicatoria	7
Sobre los autores	8
Agradecimientos	10
Lista de abreviaturas	12
Introducción	18
Parte I. Entrevista con niños y adolescentes	30
Antecedentes en la valoración de niños y adolescentes	32
Capítulo 1. Entrevista con informantes	34
Capítulo 2. Estructura de la primera entrevista con el paciente joven	56
Capítulo 3. Introducción al desarrollo	70
Diversas entrevistas con niños y adolescentes	99
Capítulo 4. Entrevista con niños menores de 3 años	101
Capítulo 5. Entrevista de juego con una niña de 6 años	111
Capítulo 6. Entrevista de juego con un niño de 7 años	127
Capítulo 7. Entrevista con una niña de 9 años	138
Capítulo 8. Entrevista con el adolescente	147
Capítulo 9. La entrevista inicial padre-hijo	166
Capítulo 10. El informe escrito	184
Parte II. Diagnósticos del DSM-5 aplicables a niños y adolescentes	197
Capítulo 11. Trastornos del neurodesarrollo	199
Capítulo 12. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	255
Capítulo 13. Trastornos del estado de ánimo	271
Capítulo 14. Trastornos de ansiedad	299
Capítulo 15. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	324
Capítulo 16. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	338
Capítulo 17. Trastornos disociativos	360
Capítulo 18. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	367
Capítulo 19. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	389
Capítulo 20. Trastornos de la excreción	407
Capítulo 21. Trastornos del sueño-vigilia	416
Capítulo 22. Disforia de género	428
Capítulo 23. Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta	436
Capítulo 24. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	451

Capítulo 25. Trastornos cognitivos	470
Capítulo 26. Trastorno de la personalidad	487
Capítulo 27. Otros aspectos del diagnóstico	493
Apéndice 1. Materiales de referencia	505
Apéndice 2. Panorama general de los diagnósticos del DSM-5	528
Apéndice 3. Cuestionario para padres	538