

¿Por qué debemos trabajar en Equipo?



Memorias del II Congreso Internacional de Salud
Mental en Niños y Adolescentes



Editores:

Juan David Palacio Ortiz
Asociación Colombiana de Psiquiatría.
ISSN: 2981-4545 (En línea)

© Copyright D.R. 2023, Asociación Colombiana de Psiquiatría

© Copyright D.R. 2023, Juan David Palacio Ortiz

Todos los derechos reservados.

Primera edición, Medellín 2023.

Publicado por Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Dirección:

Carrera 18 No. 84-87 oficina 403

Edificio Del Vecchio

Bogotá, Colombia.

Edición ortotipográfica: Diego Alejandro Espíndola Fernández

Diagramación y terminación: Rocco Gráficas

ISSN: 2981-4545 (En línea)

Citación: Palacio-Ortiz, JD., Capítulo de Psiquiatría Infantil ACP y Asociación Colombiana de Psiquiatría. "¿Por qué debemos trabajar en Equipo? - Memorias del II Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes". 1ra edición. Rocco Gráficas. Bogotá, 2023.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la autorización previa y por escrito del editor.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and Made in Colombia.

¿Por qué debemos trabajar en Equipo?



Memorias del II Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes

Editores:

Juan David Palacio Ortiz
Capítulo de Psiquiatría Infantil ACP
Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Comité organizador del Congreso:

Juan David Palacio
Paula Duque
Evila Cabrera
Hernán Giraldo

Con el apoyo de la Junta Directiva del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP).

Comité científico:

Compuesto por psiquiatras de niños y adolescentes del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP).
Con el apoyo del Comité científico y Comité de publicaciones de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP).



Prólogo

La salud mental de los niños y adolescentes es un tema de vital importancia en la sociedad actual. La pandemia ha puesto en evidencia el aumento de los trastornos mentales en esta población, lo que requiere una atención integral y especializada por parte de los profesionales del área de la salud mental infantil.

El trabajo en equipo es esencial en este contexto. Los profesionales involucrados en el cuidado de los niños con trastornos mentales, como los psicólogos infantiles, psiquiatras infantiles, neuro pediatras, neuropsicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, entre otros, deben trabajar en conjunto para garantizar una atención óptima y eficaz.

Es importante destacar que los diferentes miembros del equipo deben actualizarse constantemente para estar al día con los avances en el campo de la salud mental y ofrecer un tratamiento acorde a las necesidades de los pacientes. Es por esta razón que, en el 2022, el Capítulo de Psiquiatría infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría organizó un evento que trascendiera a su propia área y beneficiara a otros profesionales afines, el “Congreso Internacional de Salud Mental Infantil”. La primera versión se llevó a cabo con éxito en Bogotá, y ahora es la oportunidad de acoger a todos los profesionales en salud mental infantil en Medellín.

Este libro está estructurado en cinco secciones que abordan diferentes aspectos del trabajo en equipo en el cuidado de niños con trastornos mentales. La Sección I presenta conferencias magistrales de expertos en el área, la Sección II se enfoca en simposios de diferentes grupos que trabajan en salud mental en Colombia, la Sección III en trabajos libres que muestran los resultados de las principales líneas de investigación en el área. Se le dio cabida a la Sección IV sobre las recomendaciones del psiquiatra infantil para los padres, las cuales fueron elaboradas por los residentes de los tres programas de especialización en Psiquiatría de niños adolescentes del país. Por último, intentado responder “¿Por qué debemos trabajar en equipo?” en la Sección V se explora la importancia del trabajo en equipo y su impacto en la atención de los pacientes en Latinoamérica.

Esperamos que este libro sea una herramienta útil para todos los profesionales que trabajan en el cuidado de niños con trastornos mentales y que contribuya a mejorar la calidad de atención que se ofrece a esta población vulnerable.

Juan David Palacio



Contenido

Prólogo

Sección I Conferencias Magistrales

- **Detrás de las autolesiones no suicidas: Trastornos psiquiátricos asociados**

Francisco De La Peña Olvera

- **Actualidades en el manejo integral de las principales comorbilidades del TDAH: ¿Estamos haciendo lo correcto?**

Lino Palacios Cruz

- **Psiquiatría infantil después de la pandemia ¿Realmente cambio el panorama?**

Francisco De La Peña Olvera

- **¿Podemos predecir una depresión resistente en población pediátrica?**

Lino Palacios Cruz

Sección II Simposios

- **Disregulación emocional a lo largo de la vida**

Lorena Clavijo y Catalina Ayala Corredor

- **El rol del trastorno de estrés postraumático del desarrollo en la regulación emocional de niños y adolescentes**

Lyda Marcela Lozano

- **¿Cómo continúa la terapia dialéctica conductual, cuando se logra el control de las crisis emocionales?**

Catalina Ayala Corredor y Lyda Marcela Lozano

- **Diagnóstico de delirium en el niño: un reto clínico**

Carolina González Romero

- **Herramientas diagnósticas en delirium infantil**

Natalia Rodríguez Ochoa

- **Características clínicas, prevalencia y factores relacionados a delirium en niños de 5 a 14 años de edad, admitidos a una unidad de cuidados intensivos**

Carmenza Ricardo Ramírez

- **Experiencias clínica y docente en un hospital de cuarto nivel**

Paula Andrea Duque Ríos

- **El manejo integral de la infancia, a propósito de un caso clínico**

Julián David Palacio Jaramillo

- **Evaluación de la competencia materna**

Diana Judith Beltrán Melo

- **Estudiando la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a través de pacientes con TDAH y sus hermanos de alto riesgo (Adversidad psicosocial y psicopatología)**

Juan David Palacio Ortiz

- **¿Cómo afecta la psicopatología materna el pronóstico del TDAH en los niños? Un estudio sobre su impacto en la gravedad del trastorno y el perfil psicopatológico de la descendencia**

Jhasnny Moreno Reales



• **Hermanos en alto riesgo para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): estudio de asociación de marcadores genéticos con el TDAH**

Jorge Guillermo Soto Vega

• **Lejos del alcance de los niños: no más manicomios infantiles**

Germán Casas Nieto, Carlos Ignacio Orjuela y Ana Belén Giraldo

• **“Caer en las redes”: Trastornos de conducta alimentaria y redes sociales**

Doriam Mauricio Achury Morales, Damaris Eugenia Cote Martínez y Daniela Carolina García Santana

• **La Unidad Pediátrica de Niños Quemados: Un reto para la Psiquiatría de enlace infantil**

Santiago Rodríguez León, María Camila Vásquez y Alejandra Sofía Quesada

• **Ejercicio de la Psiquiatría infantil 1982 – 2022**

Germán Puerta Baptiste

• **El cambio de modelo en la relación Médico – Paciente en Psiquiatría infantil**

Álvaro Franco Zuluaga

• **Dos décadas de exploración y experiencia con equipos profesionales en Psiquiatría infantil y de la adolescencia - La violencia sexual en el conflicto intrafamiliar**

Luis Ramírez Ortegón

Sección III Trabajos Libres

• **Ajuste parental y su relación con sintomatología psiquiátrica y resiliencia en adolescentes**

Ana Belén Giraldo Álvarez, Felipe Agudelo Hernández y Juan David Rodríguez Betancourt

• **Identificar el estigma sobre la búsqueda de apoyo terapéutico en salud mental en la población del departamento del Quindío, Colombia**

Andrea Guzmán y Karen Soffia Celis Arias

• **Conociendo como cambian los padres con hijos diagnosticados con TDAH los significados de sus vivencias**

Carolina Gómez López, Lina María Osorio Cock, Carlos Enrique Yepes Delgado y Juan David Palacio Ortiz

• **Creencias de los padres acerca de los trastornos mentales de sus hijos en una consulta universitaria en Colombia**

Carmenza Ricardo Ramírez, Matilde Álvarez Gómez, José Gabriel Franco Vásquez, Daniel Zaraza Morales y Juliana Caro Palacio

• **Estudio de un clúster de autolesiones e intento de suicidio en adolescentes con trastornos alimentarios que asisten a un programa ambulatorio intensivo**

Maritza Rodríguez Guarín, Juanita Gempeler, Andrés Camilo Cardozo, Sergio Mario Castro, Melissa Medina, María Mercedes Ospina, y Angélica Rubio

• **Herramienta pedagógica digital de uso en la comunidad escolar para detección y remisión de niños y adolescentes posiblemente expuestos a violencia**

Diana Durán Luna y Germán Puerta Baptiste

• **Enfermedad mental severa y abuso de sustancias, factores de riesgo desde la adolescencia**

Johanna Valencia Echeverry, Carlos López Jaramillo, Antonio Toro Obando, Ana María Díaz, Daniel Londoño Martínez, Esteban Uribe Villa, Juan David Palacio Ortiz y Mauricio Arcos Burgos.

• **Caracterización sociodemográfica y clínica de niños y adolescentes hospitalizados con trastornos por síntomas somáticos en la Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia en Bogotá, Colombia**

Catalina Walker Álvarez Jorge Daniel Medina Campiño y José Daniel Toledo Arenas



Sección IV Recomendaciones para padres

- **Recomendaciones para padres con hijos con depresión**

Aura Daniela Salgado Montenegro y Laura Ospina Pinillos

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con disforia de género**

Marta Catalina Miranda Fernández, Miguel Antonio Espinosa Gómez y Paola Andrea Ramírez Luna

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con insomnio**

Yenny Paola Álvarez Cano, Leisly Tatiana Oviedo Gómez y Álvaro Franco Zuluaga

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con intento de suicidio y autolesiones**

Julián David Palacio Jaramillo y Paula Andrea Duque Ríos

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres sobre uso de pantallas y redes sociales de sus hijos**

Julián David Palacio Jaramillo y Diana Beltrán Melo

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas**

Anyela Torres Andrade y Pedro Gómez

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con Trastorno de ansiedad**

Catalina Walker Álvarez y Germán Puerta Baptiste

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista**

Diana Carolina Durán Luna, Juana Verónica Osorio Vásquez, Gimena Correa Pérez y Andrés Naranjo Flórez

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con trastorno de la Conducta Alimentaria**

Daniel Jaramillo Martínez y Diana Beltrán Melo

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

Jorge Guillermo Soto Vega y Juan David Palacio Ortiz

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Stefanie Roa Luna y María Mercedes Ospina Jaramillo

- **Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con Trastorno Opositor Desafiante**

Jeimmy Paola Penagos, Katty Véllez Ascanio y Rafael Miranda Jiménez

Sección V Trabajo en equipo

- **¿Por qué debemos trabajar en equipo en Latinoamérica?**

Juan David Palacio Ortiz



Sección I. Conferencias Magistrales



Autor:

Francisco R. de la Peña O.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

Las autolesiones no suicidas (ALNS) son conductas autoagresivas (cortes, rasguños, golpes, etc.), que no conllevan un fin suicida y que se provocan regularmente como una forma de escape o de reducción de la ansiedad o el estrés. Las ALNS han quedado fuera de ser consideradas como un trastorno psiquiátrico categórico en las más recientes clasificaciones internacionales: el DSM-5 y la CIE-11; dentro de estas las ALNS son consideradas entidades clínicas que requieren mayor investigación. Parte de la controversia implica que los estudios de las ALNS han cumplido la mayoría de los criterios de validez diagnóstica establecidos por Robins y Guze. Cuenta con descripciones clínicas en diferentes escenarios, poblaciones y circunstancias, hay estudios de seguimiento que nos han enseñado su evolución y la ventaja de tratamientos oportunos, existen estudios familiares donde hay importantes correlatos de asociación; sin embargo, es escasa la información de gabinete y laboratorio que pudiera vincularse a su etiología, y su diferenciación diagnóstica es limitada pues regularmente acompañan la ALNS a pacientes con otros trastornos como la depresión, ansiedad e incluso trastornos de la personalidad.

Si bien las ALNS excluyen el componente del deseo suicida, algunos autores la incluyen dentro de un fenómeno dimensional y dinámico asociado a la conducta suicida. Lo que significa que en ocasiones sólo son ALNS, en otras sólo conductas suicidas y en otros momentos ambas.

Probablemente una de las mejores aproximaciones conceptuales de fenómenos clínicos que tienen una manifestación transdiagnóstica sean los denominados especificadores. En el caso particular de la población de niños y adolescentes los especificadores para los trastornos del espectro autista y para los trastornos de la conducta disruptiva confieren características particulares normalmente asociadas a mayor gravedad. Por ejemplo, en el trastorno oposicionista y desafiante o en el trastorno disocial, contar con el especificador de emociones prosociales limitadas ha caracterizado a menores que presentarán conductas más agresivas y continuas durante la vida adulta joven.

¿Sería probable considerar a las ALNS como un especificador transdiagnóstico para cualquier dimensión diagnóstica?

Entre el 20 % y el 60 % de todos los pacientes con trastornos psiquiátricos cursarán en alguna ocasión con ALNS. Los resultados de las investigaciones más recientes parecen indicar que la presencia de las ALNS en pacientes con depresión o trastornos de la personalidad tienen peores desenlaces. Las ALNS se presentan también en situaciones de angustia extrema. En jóvenes con trastornos de conducta, las ALNS pueden tener contextos de integración cultural o de grupo; incluso relacionados con el consumo de alcohol o sustancias. Algunas manifestaciones de ALNS se presentan también en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, tanto en los que cursan con trastorno por déficit de atención con hiperactividad como en aquellos que tienen trastornos del espectro autista. Todo pareciera indicar que las ALNS tienen una presentación transdiagnóstica en la clínica regular.

La presentación transdiagnóstica de la ALNS se entiende mejor dentro de una clasificación dimensional que categórica. La organización jerárquica de la psicopatología (HiTOP) ofrece un marco referencial donde las ALNS pueden integrarse de la manera más racional con todos los trastornos psiquiátricos como un especificador. De esta forma, la evaluación de las ALNS puede tener una integración diagnóstica independiente del o de los trastornos psiquiátricos que en el momento presenten las personas, así como un tratamiento integral y multidisciplinario orientado en el contexto clínico de cada paciente.



Referencias

1. Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Lochman, J. E., de la Peña, F. R., & Reed, G. M. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical psychology review*, 53, 29-45.
2. Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, 27(2), 257-261.
3. Kjaer, J. N., Holm, T., Bliksted, V., Ellegaard, T., Dolmer, S., & Mors, O. (2022). The Transdiagnostic Self-Injury Interview: A Feasibility Study. *European Psychiatry*, 65(S1), S594-S594.
4. Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
5. Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 126(7), 983-987.
6. Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, 27(2), 257-261.



Actualidades en el manejo integral de las principales comorbilidades y TDAH

Autor:
Lino Palacios Cruz

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo; es uno de los trastornos mentales más comunes en niños y adolescentes que acuden a consulta para atender su salud mental con una prevalencia de aproximadamente el 5,3 % en muestras epidemiológicas. El TDAH es complejo y heterogéneo para el cual, hoy en día, se carece de tratamientos curativos, sin embargo, si bien los tratamientos farmacológicos son generalmente efectivos y seguros, existe una considerable variabilidad interindividual entre los pacientes con respecto a la respuesta al tratamiento, la dosis requerida y la tolerabilidad. Muchos de los tratamientos no farmacológicos que algunos pacientes prefieren al tratamiento farmacológico, carecen de eficacia para los síntomas principales o están asociados con tamaños de efecto pequeños.

La comorbilidad en paciente con TDAH es más la regla que la excepción, y muchas veces puede disminuir la posibilidad de respuesta a un tratamiento, cuando no es considerada de manera formal, por tanto, es importante tomarla en cuenta, detectarla e incluirla dentro del manejo integral de esta condición mental. Los trastornos afectivos, los trastornos ansiosos, los problemas de aprendizaje, los trastornos por consumo de sustancias además de otras condiciones de salud como diabetes y obesidad son de las comorbilidades más frecuentes.

El retraso en el diagnóstico oportuno y tratamiento de las niñas, niños, adolescentes y adultos con TDAH puede incrementar la probabilidad que esos seres humanos afectados mueran tempranamente, es decir, antes de los 50 años.

En mi ponencia, presentaré las principales comorbilidades que se presentan en pacientes con TDAH y mostraré cómo llevar un manejo integral para un tratamiento efectivo. Es importante destacar que un tratamiento efectivo del TDAH no sólo implica el medicar a un paciente, sino también llevar a cabo una intervención terapéutica integral que involucre a distintos especialistas en la salud mental. Un concepto terapéutico actual es la medicina de precisión, sus usos y aplicaciones en la salud mental poco a poco la están convirtiendo en una herramienta efectiva en el tratamiento del TDAH.



Psiquiatría infantil después de la pandemia ¿realmente cambió el panorama?

Autor:

Francisco R. de la Peña O.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

Durante el periodo que comprendió marzo de 2020 a diciembre de 2021, México, Colombia, y la mayor parte de los países latinoamericanos y del mundo, cursaron con una temporada excepcional de contingencia sanitaria, asociada a la pandemia por COVID-19. En la mayor parte de la región hubo un confinamiento domiciliario de la población e importantes limitaciones de movilización y convivencia natural. El trabajo se realizó a distancia; cuando existían recursos, la escuela pasó a ser en línea, todo mundo estaba en sus casas con sus familias. El temor a la infección y a una complicación respiratoria o a la muerte fue la principal preocupación para niños, adolescentes y adultos durante meses. La vacunación en la región fue tardía y lenta con respecto a Europa y otras regiones, por lo que se dejó para el final a la población pediátrica.

En México, la Encuesta de Seguimiento de los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos (ENCOVID-19), reportó que, de abril a octubre del 2020, se presentó una tasa de síntomas de ansiedad del 31 %, cifra superior a estimaciones realizadas antes de la pandemia. En estudios realizados con poblaciones diversas se observaron resultados similares. La encuesta fue completada por 3.965 participantes (63,8 % mujeres).

El incremento de la depresión durante la pandemia ha sido reportado por diferentes autores en todo el mundo, afecta a adultos, adolescentes y niños; a personal de salud, a mujeres embarazadas y prácticamente a todo tipo de poblaciones. Se sabe que la salud mental se ve afectada ante estresores, y la pandemia con la emergencia sanitaria se considera por sí misma un estresor mayor. Existen además algunos factores de riesgo que incrementan aún más el riesgo de sufrir depresión como son el aislamiento social, el miedo al contagio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el incremento en la violencia intrafamiliar y el mayor consumo de alcohol y otras sustancias.

Recientemente se publicó una investigación realizada en línea en la región latinoamericana, para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en población pediátrica y adultos jóvenes. La muestra incluyó niños (N = 621; 15,7 %), adolescentes (N = 1.123; 28,3 %) y adultos jóvenes (N = 2.021; 56 %). Los síntomas moderados a graves de depresión y ansiedad se encontraron en 43 % y 27 % de los participantes respectivamente, y fueron más frecuentes en el sexo femenino. Las mujeres jóvenes reportaron un mayor nivel de estrés en cuanto a noticias de pandemia, tener a alguien cercano diagnosticado con COVID-19, la posibilidad de contraer la enfermedad, tener retrasos académicos, el impacto económico y la depresión, mientras que las adolescentes reportaron un mayor nivel de estrés por el encierro, pérdida de contacto con los compañeros y ansiedad.

Es importante tener presente que estos efectos en la salud mental pueden permanecer a mediano y largo plazo. En estudios realizados después del primer brote del COVID-19 se observó que los pacientes seguían presentando síntomas de estrés, ansiedad y depresión en el seguimiento a los 12 y 30 meses. Se ha descrito que entre más tiempo dura una pandemia y el confinamiento asociado, mayor el riesgo de presentar estrés postraumático, así como comportamientos de evitación y enojo.

La rutina y la vida diaria de los niños y adolescentes fueron gravemente modificadas durante la pandemia. Muchos niños y adolescentes se vieron afectados al cambiar el contacto personal y directo por un contacto virtual y tras pantalla; los tiempos de uso de las pantallas y las aplicaciones en la mayoría de los niños y adolescentes urbanos se ha vuelto excesivo, y mantener los límites del tiempo de uso puede resultar en una batalla campal en casa. La adicción a internet, al considerar dentro de la misma la adicción a los juegos en línea, ha sido una secuela virtual de la pandemia que se ha alargado hasta 2023.



La psiquiatría infantil ha cambiado posterior a la pandemia por COVID-19, los niños y adolescentes presentan mayor cantidad de síntomas ansiosos y depresivos, hay manifestaciones como nunca de estrés postraumático, y mayores adicciones como la de internet y sustancias. Aunque el panorama epidemiológico de psicopatología ha cambiado, también existen nuevas opciones de comunicación y contacto virtual.

Referencias

1. Ulloa, R. E., Apiquian, R., de la Peña, F. R., Díaz, R., Mayer, P., Palacio, J. D., ... & Rosetti, M. F. (2022). Age and sex differences in the impact of the COVID-19 pandemic on mental health and coping mechanisms in Latin American youth. *Journal of psychiatric research*, 156, 372-378.
2. Phelps, C., & Sperry, L. L. (2020). Children and the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S73.



¿Podemos predecir la depresión resistente en la población pediátrica?: Un enfoque en adolescentes

Autor:
Lino Palacios Cruz

El Trastorno depresivo mayor (TDM) es uno de los trastornos mentales más comunes en adolescentes, con una prevalencia de aproximadamente el 12%. Un inicio antes de los 18 años se asocia con una mayor probabilidad de presentar dificultades o deterioro en diferentes áreas de la vida de quien lo padece, incluido el bienestar, la calidad de vida y el funcionamiento social. **Aproximadamente la mitad de los adolescentes con TDM responden al primer tratamiento antidepresivo, especialmente los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS).** Sólo existen aprobados hasta la fecha dos medicamentos para su uso en población menor de 18 años: Fluoxetina y Escitalopram.

Dado que muchos adolescentes con TDM moderado a severo presentarán una falla en la respuesta al tratamiento con ISRS, los resultados de distintos estudios sugieren que factores como **la severidad del episodio depresivo, la presencia de comorbilidades, la falta de motivación por el cambio, además de niveles más altos de desesperanza y estrés psicosocial (antecedente de maltrato infantil)** son factores que se relacionan con resistencia al tratamiento antidepresivo.

Los profesionales de la salud debemos estar atentos tanto a las opciones de tratamiento que pudiesen ser prometedoras como a los factores asociados a que un adolescente con TDM presente resistencia al tratamiento.



Sección II

Simposios



Terapia dialéctica comportamental (DBT) en la infancia y adolescencia; más allá del trastorno límite de personalidad

Coordinadora del simposio:
Catalina Ayala

Disregulación emocional a lo largo de la vida

Autora:

Catalina Ayala Corredor, Sanitas EPS, Unisanitas, Bogotá Colombia.

Resumen

La terapia dialéctica comportamental (DBT) es una intervención creada por Marsha Linehan, que ofrece soluciones a pacientes con marcadas dificultades en la regulación de sus emociones. Esta terapia surge como alternativa para aquellas personas que no logran obtener mejoría con los tratamientos convencionales y que, en el afán de aliviar su sufrimiento, incurren en conductas auto o heterolesivas. Para la DBT, dichos comportamientos se consideran conductas problema, las cuales son la consecuencia de la disregulación emocional. Esta disregulación, se explica en DBT a través de la teoría biosocial, en la que se tiene en cuenta la vulnerabilidad biológica de ciertos individuos a presentar mayor intensidad y reactividad emocional, con un lento retorno a la calma, todo esto, en interacción con un ambiente que invalida las emociones y no enseña a manejarlas; con lo cual se generan entonces comportamientos problemáticos. Dentro de las conductas problema, las más frecuentes incluyen: autolesiones por cortes, abrasiones, quemaduras, abuso de sustancias psicoactivas, síntomas alimentarios, conductas heteroagresivas verbales y físicas o cualquier acción mal adaptativa que busque un alivio rápido del malestar emocional. Es así como esta teoría ofrece una explicación clara para muchos síntomas de diversos trastornos mentales y para un amplio repertorio de manifestaciones del sufrimiento emocional del ser humano, que son cada vez más frecuentes en los adolescentes.

En esta conferencia, se busca repasar las generalidades de la DBT, al explicar su efectividad desde la teoría biosocial y mostrar cómo la disregulación emocional se manifiesta a lo largo de la vida a través de diversas conductas problema. Se revisará cómo éstas van cambiando con el desarrollo, crecimiento del individuo y se interrelacionan con su entorno, contexto y potenciales experiencias traumáticas. Se propone también entender el ambiente invalidante como el resultado de la propia disregulación en los padres, cuidadores y familia, que genera un problema transgeneracional. Se busca describir las dinámicas familiares y la disregulación emocional con énfasis en la niñez y adolescencia; y las consecuencias cuando no se trata a tiempo en la edad adulta. Una de las ventajas de utilizar DBT con niños y adolescentes, es que se logra intervenir en tiempo real el ambiente invalidante y la vulnerabilidad biológica cuando aún se cuenta con plasticidad neuronal. Finalmente, se mencionará cómo la DBT es un modelo que se trabaja por equipos de psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras), y que cuenta con diversas modalidades de intervención hacia la familia, paciente, padres e incluso otros entornos como el escolar.



El rol del trastorno de estrés postraumático del desarrollo en la regulación emocional de niños y adolescentes

Autora:

Lyda Marcela Lozano

Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia

Resumen

El desarrollo cerebral sucede de manera jerárquica, inicia desde la gestación (en la cual debe completarse la formación del tallo cerebral, responsable de la regulación de funciones fisiológicas vitales como la respiración o el funcionamiento cardiovascular) y va a completar su maduración hacia la edad adulta (se estima que cerca de los 25 años). Este proceso se realiza de medial a lateral y de abajo hacia arriba, y logra organizarse hacia una mayor complejidad. De esta manera, las primeras áreas en estar desarrolladas son las subcorticales, y las últimas, las corticales prefrontales, cuyo adecuado funcionamiento tiene que ver con el pensamiento abstracto, la planificación e incluso la regulación de nuestras respuestas de alarma ante el peligro.

Al nacer no sólo continúa la maduración, sino que también se dan los procesos de establecimiento de nuevas sinapsis y poda neuronal dependientes de la estimulación que el niño reciba y de las experiencias vitales que tenga. De esta manera, el niño se adapta a las particularidades del ambiente donde vive.

Existen mecanismos de respuesta ante el peligro que los seres humanos activamos en automático desde los sentidos que, mediados por la amígdala y con la participación del cortisol, generan una respuesta simpática de lucha o huida; sin embargo, cuando la amenaza sucede de manera repetida y prolongada en el tiempo en un cerebro inmaduro, que además no logra defenderse cuando lo intenta, aparecen las alteraciones en el sistema. Cambios microestructurales y micro químicos en las redes neuronales, que modifican la reactividad del sistema de tal forma que el cerebro empieza a funcionar como si el individuo estuviera bajo una situación de amenaza permanente.

Tanto las experiencias de maltrato activo como las de negligencia van a generar cambios en el sistema, por exceso de activación o por defecto, no se provee al niño de experiencias que le aporten seguridad y confianza, lo cual hace que el niño siga esperando “más de lo mismo”, con lo que se da lugar a una respuesta “desadaptativa”.

Al unir estas teorías con la clínica, donde las personas que habían sufrido traumas desde la infancia tenían una variedad de síntomas que no encajaban con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT), distintos investigadores empiezan a realizar aportes significativos. Judith Herman afirma respecto al trauma crónico de índole interpersonal que «destroza los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado». Y se da lugar al planteamiento de un nuevo diagnóstico: trastorno por estrés extremo no especificado (DESNOS), que incluía algunos de los síntomas propuestos como síntomas asociados al TEPT.

En 2009 surge una nueva propuesta y el grupo de trabajo de Van der Kolk propone un nuevo diagnóstico: trastorno traumático del desarrollo, caracterizado por una desregulación afectiva y fisiológica en la cual el niño muestra un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de sus emociones, desregulación en la atención y la conducta, en su sentido de identidad personal y de relacionamiento con otros, aunque este nuevo diagnóstico no fue incluido en el DSM-5, las investigaciones son claras en mostrar que niños y niñas que han sido expuestos a estresores traumáticos de manera recurrente tienen unas manifestaciones clínicas distintas a las descritas en TEPT, por lo tanto, requieren un abordaje diferente, como los que se han venido trabajando desde terapia dialéctica comportamental de exposición prolongada (DBT-EP) y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) a través de la estrategias de estabilización y con un posterior abordaje específico dirigido al trauma.

En esta conferencia buscamos abrir la puerta para profundizar respecto a los tratamientos con evidencia clínica que hemos mencionado: DBT y EMDR.



El rol del trastorno de estrés postraumático del desarrollo en la regulación emocional de niños y adolescentes

Autoras:

Lyda Marcela Lozano

Universidad del Tolima, Ibagué.

Catalina Ayala Corredor

Sanitas EPS, Unisanitas, Bogotá Colombia.

Resumen

Durante los últimos años, la terapia dialéctica comportamental (DBT) ha sido ampliamente conocida por su gran efectividad en manejo de crisis y conductas autolesivas; esta es solo la primera fase del tratamiento. DBT utiliza un modelo jerarquizado acorde al nivel de riesgo. Una vez se logra mantener al paciente con vida, sin conductas que atenten contra la misma y adherido a la terapia, inician las siguientes fases. En la fase 2, el objetivo es el manejo de trauma asociado; en la fase 3, orientarlo hacia el autorrespeto, sus propias metas y valores; y en la fase 4 se busca acompañar la paciente a encontrar un sentido de trascendencia que reestructure la sensación de vacío crónico tan frecuentes en estos pacientes. A partir de la fase 2, la DBT incorpora conceptos de otras terapias y abre la puerta para trabajar en equipo con otros enfoques terapéuticos. En esta ocasión, ampliaremos el manejo de las fases 2 a 4 con énfasis en el manejo de adolescentes. En la fase 2, se plantea un enfoque integrado con desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés); esta terapia tiene evidencia científica para el manejo del trauma y fue creada por Francine Shapiro, quien descubre cómo el movimiento ocular bilateral ayuda a reprocesar las memorias traumáticas, al comprobar también más adelante que se pueden lograr resultados satisfactorios a través de estímulos táctiles o auditivos bilaterales. Esta terapia puede proporcionarse de forma simultánea con otras intervenciones, y otra de sus ventajas es que al igual que la DBT puede realizarse en formato grupal para lograr un impacto significativo en eventos traumáticos comunitarios. Para describir las fases 3 y 4, durante la conferencia explicaremos cómo se integran elementos de la filosofía dialéctica y del budismo Zen para acompañar a los adolescentes y sus familias a construir una vida que valga la pena vivir.



Coordinadora del simposio:
Carmenza Ricardo Ramírez

Diagnóstico de delirium en el niño: un reto clínico.

Autora:

Carolina González Romero, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Resumen

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico multifactorial y complejo, que abarca un amplio rango de síntomas cognitivos y comportamentales. Es una complicación común en niños y adultos con enfermedad crítica, caracterizado por compromiso fluctuante de la cognición y del estado de alerta, resultado de una condición médica o de su tratamiento.

El delirium tiene factores de riesgo identificables que pueden ser modificables, y, por tanto, muchos de ellos prevenibles con lo que podría disminuirse la morbilidad. Su presencia aumenta los costos de la atención médica hasta un 85 %, ya que implica un aumento en el tiempo del cuidado de enfermería, la administración de más medicamentos, y la intervención de varios especialistas. Por lo anterior, el enfoque del riesgo y el diagnóstico apropiado pueden ayudar a racionalizar el consumo de recursos durante la atención de los pacientes.

En la población pediátrica de las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), la prevalencia del delirium es superior al 20 %, la cual se asocia a menores de cinco años, la sedación y al uso de la ventilación mecánica.

Conocer la importancia del diagnóstico oportuno del delirium, los factores de riesgo, el tratamiento y los cuidados necesarios para disminuir el delirium en la UCIP influyen en la morbimortalidad, mejora el pronóstico y aminora sus consecuencias cognitivas y emocionales.

Aprender a reconocer las diferencias clínicas entre el delirium en la niñez y en la vida adulta puede disminuir los sesgos diagnósticos y mejorar el pronóstico de los pacientes en estado crítico.



Herramientas diagnósticas en delirium infantil

Autora:

Natalia Rodríguez Ochoa.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

En los últimos años se han validado algunos instrumentos para aplicar en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como el *Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (pCAM-ICU) que se utiliza para evaluar niños mayores de cinco años; tiene una especificidad del 99 % y una sensibilidad de 83 %. En la población preescolar se ha desarrollado el *Preschool Confusion Assessment Method for the ICU* (ps-CAM-ICU) para evaluar niños entre seis meses y cinco años, con una especificidad de 79 % y una sensibilidad de 94 %. Otra herramienta valiosa es la *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD) que tiene una especificidad de 91 % y una sensibilidad del 75 %. Se han utilizado otras herramientas como la *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium* (PAED) que mide el delirium en niños que están en periodo postoperatorio con una sensibilidad entre 69,2 a 91 %.

La *delirium rating scale* 88 y la *delirium rating scale* R-98 se pueden aplicar a los niños con enfermedad crítica, pero que no han demostrado superioridad sobre la pCAM-ICU.

La *Vanderbilt Assessment for Delirium in Infants and Children* (VADIC) estandariza a los psiquiatras en la evaluación del delirium en los niños menores de seis meses. Fue desarrollada por el servicio de psiquiatría de niños y adolescentes y pediatras para estandarizar a los psiquiatras clínicos en la valoración del delirium en bebés y niños en el estudio de la *preSchool* (psCAM-ICU). Establece los retos específicos para la evaluación del delirium en los pacientes pediátricos hospitalizados:

1. Variaciones en el desarrollo cognitivo y del lenguaje.
2. Regresión durante la enfermedad de las habilidades previamente adquiridas.
3. Incapacidad para hablar debido a la presencia del tubo endotraqueal o mascarilla.
4. Diferencias en los métodos de comunicación debido al afecto o experiencias internas.
5. La ansiedad de separación esperada para la edad.

Aunque es necesario tener en cuenta la aplicación de herramientas, la evaluación clínica del psiquiatra infantil es el "patrón de oro", que valora el estado cognitivo basal, la comunicación y el comportamiento del niño según el momento del desarrollo en el que el niño se encuentra.

Conocer las diferentes herramientas diagnósticas y aprender la aplicación de ellas, facilita el trabajo, mejora el diagnóstico y el pronóstico del paciente.



Características clínicas, prevalencia y factores relacionados a delirium en niños de 5 a 14 años admitidos a una unidad de cuidados intensivos

Autora:

Carmenza Ricardo Ramírez

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Resumen

Exposición de la investigación realizada en UCIP de un hospital de cuarto nivel:

Objetivo del estudio: evaluar las características clínicas, la prevalencia y los factores asociados al delirium en pacientes críticos desde los 5 a 14 años.

Diseño del estudio: estudio analítico, observacional transversal. El delirium fue evaluado con la herramienta pCAM-ICU y una clasificación motora se estableció con la herramienta *Delirium Rating Scale Revised-98*. Se realizó en una unidad de cuidados intensivos. Los pacientes fueron todos aquellos admitidos durante un período de un año, y fueron valorados entre las primeras 24 a 72 horas posterior a su ingreso a la UCIP, o cuando fuera posible según el estado de sedación de los pacientes. Se utilizaron criterios de exclusión: pacientes en estado de estupor o coma, con dificultades severas de comunicación, o los que negaron su consentimiento.

Los resultados obtenidos fueron: 29 % de los 156 pacientes valorados sufrieron delirium (18,6 %) y 55,2 % fueron hipoactivos. Las alteraciones neurocognitivas evaluadas por la pCAM-ICU fueron similares en los tres grupos motores. Se encontró asociación con el delirium: la discapacidad cognitiva, la ventilación mecánica, la falla hepática, la enfermedad neurológica y el uso de medicamentos anticolinérgicos.

Conclusión: la frecuencia de delirium y del tipo hipoactivo es alta, por lo que es necesario evaluar rutinariamente los pacientes con instrumentos estandarizados. Todos los pacientes presentan alteración neurocognitiva importante. Varios factores relacionados con la fisiopatología del delirium se asocian al diagnóstico, algunos de los cuales son modificables mediante la racionalización de la atención médica.



Psiquiatría de enlace infantil en la ciudad de Medellín, el trabajo en equipo como propuesta

Coordinadora del simposio:
Paula Andrea Duque Rios

Experiencia clínica y docente en un hospital de cuarto nivel

Autora:

Paula Andrea Duque Rios, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente
Fundación, Medellín, Antioquia, Colombia.

Resumen

En este simposio se propone presentar la propuesta de trabajo realizada en el hospital infantil del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, al mostrar el trabajo interdisciplinario entre las subespecialidades infantiles frente a casos complejos cuando es necesaria la ejecución de juntas médicas, como casos con sospecha de hospitalismo, trastornos facticios o *Munchausen* por poder, trastornos por síntomas somáticos o neurológicos funcionales, entre otros; y en los cuales por medio de la comunicación con las diferentes especialidades y en muchas ocasiones con la participación de entes de protección se llegan a tomar medidas y decisiones en favor de la salud y bienestar del menor.

También tenemos el objetivo de mostrar la experiencia con el trabajo en equipo con servicios complementarios como trabajo social, aula lúdico-pedagógica, psicología y terapia de familia, siempre liderado por el psiquiatra infantil, quien trabaja como un “enlace” entre el equipo médico primario, psicología y el paciente.

El hospital cuenta con un aula lúdica, donde apoyan los procesos escolares en casos de hospitalizaciones prolongadas, y la inclusión al sistema educativo cuando nos encontramos a niños desescolarizados por cualquier causa, además de cumplir funciones académicas, lúdicas y de educación emocional durante la estadía hospitalaria, que también favorece la posibilidad de ver el proceso de hospitalización como una oportunidad para aprender.

Este espacio ayuda a evitar la desescolarización, al igual que la apatía escolar generada por el proceso de hospitalización; además ayuda a vincular la Institución Educativa al acompañamiento emocional en el momento de la enfermedad del niño.

El equipo cuenta con dos trabajadores sociales encargados de realizar la valoración sociofamiliar con el objetivo de indagar condiciones de garantía y ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Además, existe la posibilidad de activar rutas interinstitucionales de justicia y protección en casos que se identifique presunta vulneración, amenaza, negligencia o inobservancia a los derechos de los NNA. Adicionalmente se cuenta con la oportunidad de activar medidas de apoyo a familias durante el proceso de atención hospitalario. Asimismo, es el profesional encargado de reportar a las EPS las barreras de acceso a servicios de salud ambulatorios encontrados en los pacientes. Y hacen parte efectiva y primordial de las juntas médicas interdisciplinarias en las cuales se toman decisiones importantes para brindar el menor apoyo al menor.

Terapia de familia evalúa el ambiente familiar y trabaja con sus integrantes en competencias parentales sanas y eficientes, da herramientas para construir vínculos y ambientes seguros, y, por lo tanto, previene el maltrato infantil al propender por la creación de ambientes familiares donde los niños puedan desarrollarse eficientemente y de una forma más sana y positiva, lo cual proporciona salud tanto física como mental. El trabajo que se hace con las familias de los niños previene el maltrato y sus consecuencias graves sobre la salud física y mental de sus integrantes.

Psicología infantil evalúa la salud mental del niño y sus acudientes; ayuda a gestionar las emociones derivadas del proceso de enfermedad y afrontar distintas situaciones complicadas



que se presentan en la vida de los niños. Apoya procesos de intervención en crisis en momentos necesarios y brinda estrategias de afrontamiento en los niños familiares y en muchas ocasiones al equipo médico quien también puede verse afectado por las situaciones del trabajo con menores de alto riesgo psicosocial, mental y de salud física.

Se muestra la interacción realizada por medio de convenio docente asistencial con residentes de psiquiatría, psiquiatría infantil, psiquiatría de enlace, neuropsiquiatría y pediatría, y cómo estas especialidades enriquecen y apoyan las evaluaciones e interacciones con los padres y niños.



El manejo integral de la infancia, a propósito de un caso clínico

Autor:

Julián David Palacio Jaramillo.

Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia.

Se presenta la experiencia de la hospitalización de una paciente adolescente de 14 años con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, quien consulta al servicio de urgencias direccionada desde el entorno escolar a un hospital de cuarto nivel por presentar un intento de suicidio. Se indicó el ingreso por tener riesgo suicida agudo alto; se describirá la valoración clínica multidisciplinaria para llegar al diagnóstico, la propuesta terapéutica y la intervención posterior hasta presentar la mejoría clínica que permitió su manejo ambulatorio.

Como bien se sabe, no contamos con suficientes centros para hospitalización por salud mental en niños, niñas y adolescentes; dada la necesidad de atención a la paciente en una institución que no cuenta con un área asignada para salud mental, con el recurso disponible se realiza la adaptación requerida, y tras la valoración urgente por pediatría se determinó la necesidad de seguimiento multidisciplinario por psicología, psiquiatría infantil y trabajo social.

En la valoración inicial por psiquiatría infantil se identificó una paciente con tres intentos suicidas previos en los últimos 6 meses, síntomas ansiosos y depresivos de un año de evolución e historia de egreso reciente de un servicio de urgencias con exacerbación de síntomas tras instauración del manejo farmacológico por un diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Se decidió continuar seguimiento multidisciplinario intrahospitalario y acompañamiento desde las áreas de educación del hospital (aula lúdica), vigilancia por personal de enfermería e intervención por terapia de familia y acompañamiento por trabajo social y psicología; desde el seguimiento se replanteó el diagnóstico clínico. Se realizó psicoeducación y se intervino para fortalecer estrategias de manejo de crisis tanto a la paciente como a familiares debido a las interacciones bidireccionales y la necesidad de apoyo.

Se buscará describir a partir de la experiencia y fundamentado en literatura actualizada, la atención basada en modelos integrados de intervención y salud conductual en una paciente con alta necesidad de atención en salud del comportamiento y baja necesidad de atención en salud física, las características del entorno físico destinado y la adaptación a los protocolos institucionales que favorecen la atención segura, ya que cada vez más se describen los beneficios de tener habilidades para trabajar en equipos interprofesionales y entornos multidisciplinarios.



Evaluación de la competencia materna

Autora:

Diana Judith Beltrán Melo.

Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia.

Resumen:

En la hospitalización pediátrica se detectan casos de niños con potencial vulneración de derechos, y a los psiquiatras infantiles nos solicitan evaluaciones de competencia parental con frecuencia. Hay varias definiciones de competencia parental, como la “capacidad de cuidar a un niño sin asistencia”, la “habilidad de ser padre en una forma suficientemente buena a largo plazo”. “La madre suficientemente buena es aquella que se va haciendo cada vez menos necesaria.”

La crianza competente tiene varias características según la literatura: es protectora, integra el cuidado y el control adecuados al desarrollo del niño, está informada sobre el desarrollo, es plenamente consciente, se beneficia de la coparentalidad competente, está informada sobre la cultura y el contexto en la cual se ejerce.

Las evaluaciones de competencia materna deben basarse en estándares parentales mínimos aceptables como: “velar porque el niño esté provisto de alimento, vestido, refugio, protección de daño físico y emocional, y sea provisto del cuidado médico necesario y educación de acuerdo con la ley”.

La evaluación de la competencia materna debe ser interdisciplinaria y abordar los factores determinantes distales como: las condiciones económicas, laborales y la presencia de soportes sociales.

Los determinantes proximales por evaluar son: la salud mental parental, la salud física, historia previa de maltrato, abuso o violencia, relación entre los cuidadores, factores de estrés individual o de pareja.

Los factores del niño que también deben contemplarse son: estado de salud mental y física, temperamento, requerimientos o necesidades especiales.

La evaluación debe dar cuenta también de factores protectores o que compensan los anteriores como: el compromiso del adulto con el autocuidado, otros adultos cuidadores sanos, apoyos presentes, acceso a soportes sociales y familiares, mantenimiento de rutinas y actividades familiares, vinculación con la comunidad.

Dentro de las implicaciones de la evaluación se debe considerar que la determinación de incompetencia puede llevar a la terminación de los derechos parentales. En contraste, la determinación equivocada de competencia puede exponer al niño a riesgos como abandono, negligencia, riesgo para la vida o la integridad.

Usualmente se solicitan evaluaciones para madres solteras, primíparas, con pobre control prenatal, evidencia de abuso, maltrato o negligencia.

La evaluación debe tener objetivos claros como la determinación de riesgos, sopesar las fortalezas, apoyos y limitaciones y debe basarse en estándares de cuidado mínimo aceptable. Estas evaluaciones se enfrentan a retos al tener poca disponibilidad de instrumentos estandarizados, dificultad para predecir comportamientos futuros y los posibles usos forenses de la evaluación.

Al planear la evaluación se debe aclarar el motivo de la referencia, revisar historias o registros previos (médicos, enfermería, servicios sociales). Esta evaluación debe realizarse en varios encuentros, idealmente con la presencia de más familiares, y procurar evitar sesgos por creencias o aspectos culturales. Se debe entrevistar al cuidador y en los casos en que es posible, al niño(a).



Rol de psiquiatría: evaluar la percepción sobre el embarazo, la historia de cuidado prenatal, preparativos y soporte social, examen mental del cuidador, capacidad de juicio y habilidad para tomar decisiones.

Rol de enfermería: observación de interacción con el niño(a), habilidades de cuidado, expectativas frente al hijo(a), vínculos, habilidades prácticas y de respuesta a situaciones de peligro.

Rol de pediatría: determinación necesidades médicas e información sobre cuidados necesarios.

Trabajo social: evaluación de la situación social, finanzas, condiciones de vivienda, disponibilidad de apoyo y recursos locales, reporte a sistemas de protección.



Estudio de la etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de probandos con TDAH y sus hermanos de alto riesgo

Coordinador del simposio:
Juan David Palacio-Ortiz

Estudiando la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a través de pacientes con TDAH y sus Hermanos de Alto Riesgo

Autor:
Juan David Palacio-Ortiz
Grupo de Investigación en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que a menudo persisten hasta la edad adulta. El TDAH no sólo afecta al individuo diagnosticado, sino también a sus hermanos y familiares, y se puede presentar hasta en un 30 % de los hermanos.

Varios estudios han investigado los factores etiológicos del TDAH, como estudios de gemelos que muestran que la heredabilidad del TDAH se estima en alrededor del 70 - 80 %. Sin embargo, los factores ambientales también contribuyen al desarrollo del trastorno, y se postula que hay una interacción compleja entre genes y ambiente.

La mayoría de los estudios sobre etiología se han realizado en países desarrollados, y se necesitan estudios transculturales para investigar en qué medida la etiología del TDAH varía en diferentes contextos culturales.

Un estudio realizado en Colombia sobre hermanos con alto riesgo (HAR) podría proporcionar una contribución valiosa a la literatura mundial sobre el TDAH de varias maneras. Colombia es un país de ingresos bajos y medios con un contexto cultural, social y ambiental único, que puede tener implicaciones importantes para la etiología y manifestación del TDAH. Además, Colombia tiene una prevalencia relativamente alta de TDAH en comparación con otros países.

Se presentará un estudio cuyo objetivo es describir el papel de los factores de adversidad psicosocial en la influencia de la probabilidad de TDAH u otros trastornos mentales en los HAR, específicamente dentro de un contexto de un país de ingresos bajos a medios.

El estudio reclutó "tríos", compuestos por un probando con TDAH, un hermano con alto riesgo de TDAH y un padre participante. El estudio utilizó entrevistas diagnósticas y escalas para evaluar con mayor precisión el TDAH en los hermanos.

Se encontró que la mayoría de los padres participantes eran mujeres con una edad media de 41 años, y que el 62,8 % de ellos tenía algún tipo de trastorno psiquiátrico; los más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor (TDM), el TDAH y el trastorno de ansiedad. Los factores de riesgo más frecuentes en las familias fueron la disfunción familiar, padres con dos o más trastornos psiquiátricos y una familia extensa; además se encontró que el 24,2 % de las familias cumplían con un índice de adversidad psicosocial (RIA) alto (es decir, tener 3 o más factores de adversidad).



Se encontró que los probandos con TDAH eran predominantemente varones con una edad media de 12 años y presentaban antecedentes de complicaciones durante el embarazo, temperamento difícil, problemas de sueño y alimentación. La presentación predominante fue el TDAH combinado, y las comorbilidades principales fueron el trastorno oposicionista desafiante (TOD), TDM y el trastorno de ansiedad generalizada.

En las familias con RIA alto, los HAR tenían un mayor riesgo de presentar algún trastorno psiquiátrico, especialmente TDAH, TOD, trastorno del comportamiento, trastorno de ansiedad social, TDM, trastorno por uso de sustancias y trastorno del sueño. El TDAH en los HAR se asoció con la presencia de algunos factores de adversidad psicosocial, especialmente la presencia de padres con dos o más trastornos psiquiátricos, familia extensa y disfunción familiar.

En conclusión, un índice de adversidad psicosocial alto aumenta la probabilidad de que los HAR presenten TDAH y otros trastornos mentales. Los resultados sugieren la importancia de abordar los factores de adversidad psicosocial para prevenir la aparición y el desarrollo de trastornos psiquiátricos en niños con TDAH y sus familias. Además, se destaca la necesidad de una evaluación y tratamiento integral que aborde no sólo el probando con TDAH, sino también a los hermanos y sus padres.



¿Cómo afecta la psicopatología materna el pronóstico del TDAH en los niños? Un estudio sobre su impacto en la gravedad del trastorno y el perfil psicopatológico de la descendencia

Autora:

Jhasnny Moreno-Reales

Grupo de Investigación en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

Resumen

Se presentará un estudio relevante que analiza el impacto de la psicopatología materna en la gravedad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el perfil psicopatológico de la descendencia. Este estudio es importante porque el TDAH es un trastorno prevalente en la infancia y puede tener un impacto significativo en el funcionamiento de los niños y sus familias. Sin embargo, a menudo se pasa por alto el impacto que puede tener la psicopatología materna en el TDAH y en la salud mental de la descendencia.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de trastornos mentales en las madres y hermanos de alto riesgo de probandos con TDAH. Además, se busca establecer el impacto de los trastornos mentales de las madres en el funcionamiento y el riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en su descendencia con TDAH.

Para llevar a cabo el estudio, se realizó un análisis descriptivo transversal de la base de datos de un proyecto sobre hermanos de alto riesgo para TDAH. Se evaluaron 205 tríos compuestos por un probando con TDAH, un hermano de alto riesgo y la madre biológica. Se utilizaron instrumentos de evaluación como el Mini International Neuropsychiatric Interview en la madre y el Brief Psychiatric Rating Scale for Children en los hijos para determinar la presencia de trastornos mentales en cada trío.

Los resultados indicaron que el 68 % de las madres tienen un trastorno mental, y prevalecen la depresión, el TDAH, el trastorno de ansiedad, el trastorno de personalidad límite y la conducta suicida. Estos trastornos afectan el funcionamiento de su descendencia y aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales, como el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno disocial de la conducta, el trastorno del aprendizaje, el trastorno del sueño y los tics.

Además, se encontró que la psicopatología materna se relaciona con un mayor riesgo de depresión, trastorno por uso de sustancias, trastorno de pánico y trastorno del espectro autista en los hermanos de alto riesgo. Los niños con TDAH también tienen un trastorno más severo cuando su madre presenta un trastorno psiquiátrico.

En conclusión, los miembros de familias con niños diagnosticados con TDAH deben ser evaluados tempranamente para diagnosticar y tratar a las madres y hermanos de alto riesgo. Esto puede disminuir el impacto en el funcionamiento y la salud mental de los hijos con TDAH y mejorar su calidad de vida.



Hermanos en alto riesgo para trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): estudio de asociación de marcadores genéticos con el TDAH

Autor:

Jorge Guillermo Soto-Vega

Grupo de Investigación en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que se presenta en la infancia y puede persistir hasta la edad adulta. Su prevalencia mundial es del 5,3 %, en Colombia es del 2,3 %, pero en algunas regiones como el aislado genético paisa, la cifra puede llegar hasta el 11,6 %.

La alta heredabilidad del TDAH no significa que sea un trastorno puramente genético, ya que los factores ambientales también influyen en su desarrollo. Los estudios de asociación del genoma completo han identificado 12 loci de riesgo, pero estas asociaciones representan aproximadamente el 22 % de la heredabilidad total. El gen del transportador de serotonina (5HTT – SLC6A4), el gen del transportador de dopamina (DAT1 – SLC6A3), el gen del receptor de dopamina D4 (DRD4), el gen del receptor de dopamina D5 (DRD5) y el gen del receptor de serotonina 1B (HTR1B) son genes que se han encontrado asociados al TDAH. Los hermanos de alto riesgo para TDAH (HAR) tienen mayor riesgo de presentar el trastorno en comparación con la población general y con hermanos de controles. La prevalencia de TDAH en estos hermanos oscila entre el 26 y el 45,2 %.

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre TDAH en hermanos en alto riesgo y las variantes de genes relacionados con la función DA, 5HT, NA en un aislado genético colombiano que puede favorecer la homogeneidad de la muestra.

Se realizó un estudio de casos y controles para asociación genética multicéntrico en dos centros de Medellín y uno de Manizales. Los participantes del estudio fueron tríos que consistían en un probando diagnosticado con TDAH, un hermano en alto riesgo y un padre participante. Se reclutaron un total de 52 tríos, con un total de 208 participantes.

Todos los participantes adultos y menores fueron evaluados con instrumentos clínicos para determinar el diagnóstico de TDAH. El proceso fue realizado por residentes de psiquiatría, psiquiatras y supervisado por un experto clínico para lograr obtener una buena fenotipificación.

El estudio se enfocó en el análisis de seis genes candidatos y su posible asociación con los HAR que también tenían TDAH. La muestra final estuvo conformada por 208 individuos de 52 núcleos familiares. Los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico con el Family-based association test (FBAT) mostraron que sólo el gen candidato HTR1B presentó una asociación significativa con el TDAH. Además, se realizó un análisis con diferentes modelos al combinar el HTR1B con los otros genes candidatos, DRD2, DRD4, DAT1, SLC6A4 y HTR2A; con lo que se fortaleció la asociación con el desenlace del TDAH. Se concluye que la variante del gen HTR1B está significativamente asociada con el TDAH en el grupo de HAR, y su asociación con DRD4 y SLC6A4 aumenta el riesgo.

En conclusión, este estudio identificó una asociación significativa entre la variante del gen HTR1B y el TDAH de los HAR en un aislado genético colombiano. Aunque se necesitan más estudios para confirmar estos resultados, este contribuye a la comprensión de la base genética del TDAH y puede tener implicaciones en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.



Coordinador del simposio:
German Casas Nieto

Lejos del alcance de los niños: no más manicomios infantiles

Autor:
German Casas Nieto
Universidad De Los Andes, Bogotá, Colombia.

Resumen

Los trastornos mentales pediátricos más frecuentes en América Latina, según el proyecto "Temprana-Mente" son:

1. Trastornos depresivos.
2. Trastornos de ansiedad.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
4. Trastornos de comportamiento disruptivo.
5. Trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias.
6. Trastornos del desarrollo intelectual.
7. Trastornos del neurodesarrollo.
8. Comportamiento suicida.

Ninguna de estas condiciones incluye, en protocolos basados en la evidencia, una institución psiquiátrica exclusiva como recurso terapéutico.

Como lo ha descrito y demostrado Natella G. en su texto: "Un momento extraordinario. COVID-19: otra oportunidad para transitar el camino de la desinstitucionalización", la actual situación no sólo se puede considerar una amenaza para las personas que viven con condiciones que generan intervenciones asilares y manicomiales, sino que se puede convertir en una oportunidad preciosa para retornar de una vez por todas ese deber incumplido por siglos: Lograr una América Latina libre de cadenas para los pacientes pediátricos mentales.

Niños, niñas y adolescentes siguen siendo blanco de aislamiento, internación, institucionalización y maltrato. América Latina es lastimosamente un ejemplo de esta realidad. A pesar de las recomendaciones de la OMS, Unicef, IACAPAP y otras organizaciones, la posibilidad de que un niño, niña o adolescente en América Latina encuentre la internación y el aislamiento como única posibilidad para "tratar" su trastorno mental es muy alta.

El presente trabajo compara los resultados del proyecto "Temprana-Mente" que los autores han desarrollado en conjunto con la Universidad de Los Andes para la Organización Panamericana



de La Salud con las metas de desinstitucionalización propuestas, en especial para los menores de edad, en la Declaración de Caracas, 30 años después.

Como conclusión, los autores proponen la creación de unidades psiquiátrico pediátricas y exponen un ejemplo innovador con los resultados de un año de servicios de las camas pediátrico psiquiátricas de la Fundación Santa fe en Bogotá, Colombia.

Referencias

1. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357–69.
2. Eisenbag L. SALUD MENTAL INFANTIL EN LAS AMÉRICAS: ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA. *Bol Sanit Panam*. 1993;114(5).
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper JL, Eaton J, Herrman H. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1553-98.
4. *Mental Health atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. OPS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. 2018. 1–50 p.
6. OPS: Desinstitucionalización Psiquiátrica en Américas Latina, 30 años después. Washington, 2022. In: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Autor:

Doriam Mauricio Achury Morales

Universidad de los Andes, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se constituyen principalmente por la anorexia y la bulimia, condiciones en las cuales existe una alteración de la alimentación, ya sea un consumo insuficiente o excesivo por algunos periodos de tiempo, o de manera indefinida. Frente a la anorexia se estima una prevalencia global que oscila entre un 0,8 % a 1 % y de bulimia entre un 2 % a 30 %, la cual se ha aumentado por cambios en la clasificación diagnóstica del DSM-5. En Colombia existen pocos estudios en los que se estime una prevalencia de los TCA, sin embargo, la encuesta nacional de salud mental 2015 describe una estimación de conductas de riesgo para TCA del 9,5 % en hombres y del 7,4 a 12 % en mujeres, dentro de un rango etario de 12 a 17 años (1).

Con relación a lo anterior, se han descrito diversos factores asociados al desarrollo de los TCA, entre los cuales están los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. En la presente conferencia se busca hacer hincapié en este último factor, enfocado en el papel de las redes sociales, plataformas digitales y TCA. Frente a esto, se ha descrito la existencia de portales web desde 1990 que han buscado promover la anorexia nerviosa y la bulimia como estilos de vida (Pro-Ana, Pro-Mia). A medida que ha pasado el tiempo, ha aumentado su visibilidad y acceso gracias a la creación de plataformas digitales, las cuales son de fácil acceso, lo que hace más fácil encontrar esta información a través de *hashtags*, etiquetas, imágenes y vídeos (2,3).

Existen estudios que han tratado de describir la correlación entre el uso de plataformas digitales, redes sociales y los TCA. En un estudio realizado en Italia en el año 2021, en un hospital de tercer nivel de complejidad, tomaron una muestra de 78 pacientes con trastorno de la conducta alimentaria que fueran usuarios de *TikTok* durante la pandemia de COVID 19, buscaron describir los patrones del uso de esta aplicación y su efecto sobre los síntomas de la enfermedad; y encontraron una percepción negativa de la influencia de esta red social en su autoestima, a medida que visualizaban contenido más específico en temáticas de TCA (2).

Otro estudio realizado en Alemania en enero del 2023 durante la pandemia por COVID 19 describió un aumento en la cantidad de recomendaciones dietéticas y de ejercicios debido a advertencias sobre “cuarentena-15” (un aumento de peso típico de 15 libras secundario a la cuarentena); y evidenciaron que este tipo de contenido llegó a todo el público, incluidos los niños y adolescentes, a lo cual se sumó una mayor disponibilidad de tiempo frente a la pantalla, con mayor riesgo de verse expuestos con el tema de la pérdida de peso en el mundo digital. En particular, esta exposición afectó en mayor medida a las adolescentes mujeres, sumado a los temores que estas tenían por aumentar de peso, en un contexto con limitación para la actividad física dado el confinamiento. Por lo anterior, concluyeron que los cambios en la exposición a las redes sociales y multimedia, podrían ser un factor mediador importante para el desarrollo y aparición de los TCA, principalmente anorexia nerviosa en niños y adolescentes durante la pandemia (3).

Desde la experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá hemos evidenciado una relación causal entre el uso de redes sociales, plataformas digitales y TCA, al encontrar que, a mayor exposición, existe un mayor riesgo de presentar síntomas de TCA o empeorar lo que ya existen en los pacientes. Es por lo que, dentro de esta institución se ha tratado de restringir y regular el uso institucional y ambulatorio de las mismas, con la finalidad de mitigar el riesgo de empeoramiento o exacerbación de los síntomas. Dentro de la presente conferencia se busca describir estos datos.



Referencias

1. Palacio Ortiz Juan David, *Psiquiatría infantil segunda edición*, 2022, CIB fondo editorial.
2. Pruccoli J, De Rosa M, Chiasso L, Perrone A, Parmeggiani A. The use of TikTok among children and adolescents with Eating Disorders: experience in a third-level public Italian center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Ital J Pediatr.* 2022 Jul 30;48(1):138. doi: 10.1186/s13052-022-01308-4. PMID: 35907912; PMCID: PMC9338669.
3. Gilsbach S, Herpertz-Dahlmann B. "What Made My Eating Disorder Worse?" The Impact of the COVID-19 Pandemic from the Perspective of Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nutrients.* 2023 Mar 1;15(5):1242. doi: 10.3390/nu15051242. PMID: 36904240; PMCID: PMC10005403.



La unidad pediátrica de niños quemados: un reto para la Psiquiatría de Enlace Infantil

Autor:

Santiago Rodríguez-León

Unidad Pediátrica de Quemados, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Resumen

La Fundación Santa Fe de Bogotá es una institución prestadora de salud de cuarto nivel fundamentada en los valores del trabajo y apoyo a la comunidad, que se encuentra ubicada en el norte de la capital colombiana. A partir de finales del 2020, la fundación abrió las puertas de una unidad especializada en el manejo de pacientes quemados que se encuentran en las etapas de niñez y adolescencia; se calcula que en el año 2004 sufrieron quemaduras mortales por fuego 96.000 niños y jóvenes en todo el mundo (1). En Colombia, más de 1.100 niños fallecieron durante 10 años de observación, lo que representa el 22,1 % de todas las muertes relacionadas con quemaduras; en los preescolares, además, con secuelas que muestran cambios en el comportamiento en esta población e incluso regresiones en el neurodesarrollo (2-4).

Actualmente este servicio es prestado en la unidad de cuidados intensivos de la institución y es centro de remisión a nivel distrital, y recoge parte de la atención que previamente era brindada en unidades externas como la unidad de quemados del Hospital Simón Bolívar.

En este centro de alta complejidad donde se propende por un manejo integral e interdisciplinario, el servicio de psiquiatría de enlace infantil y de adolescentes del Departamento de Salud Mental hace parte crucial de la experiencia en el tratamiento del paciente por apoyar en el entendimiento de los procedimientos a realizar, para aclarar deseos y expectativas de pacientes y familiares, así como influir en la evolución de su sintomatología y secuelas (2,3).

De acuerdo con lo anterior, presentaremos una visión general de las experiencias acaecidas durante el funcionamiento, así como los aspectos psicosociales y psicopatológicos evidenciados; incluiremos además una descripción de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en nuestros pacientes y los aprendizajes adquiridos durante su manejo. Haremos énfasis en el tipo de intervención psicoterapéutica que realizamos con estos según el manejo individual, familiar y de la comunidad de cada paciente que se ha demostrado como prioritario en el abordaje (2,3,5).

También presentaremos los tipos de intervención psicofarmacológica que requiere esta población, así como los retos para nuestra especialidad según los efectos psicológicos adversos de tales condiciones que pueden ser severos y duraderos (2,5); todo esto con el objetivo de impulsar la investigación y trabajo en este campo en específico.

Referencias

1. Margie Peden, Kayode Oyegbite, Joan Ozanne-Smith, Adnan A Hyder, Christine Branche, AKM Fazlur Rahman, Frederick Rivara, Kidist Bartolomeos. (2008). Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños.
2. Martin, A., Volkmar, F. R., & Bloch, M. H. (Eds.). (2017). Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (5a ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
3. Aldana, M. C. (2016). Las quemaduras en la población pediátrica colombiana: del desconocimiento hacia la prevención. *Pediatría*, 49 (4), 128-137.
4. Alejandro Julian Terreros Bueno, C. G. C. (Mayo, 2016). Efecto de la psicoterapia en la evolución de secuelas psicológicas de niños quemados en el Hospital Francisco Icaza Bustamante. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.
5. De Sousa, A. (2010). Psychological aspects of paediatric burns (a clinical review). *Annals of Burns and Fire Disasters*, 23(3), 155-159.



Coordinador del simposio:
Álvaro Franco Zuluaga
Universidad De Los Andes, Bogotá, Colombia.

Ejercicio de la psiquiatría infantil 1982 - 2022

Autor:
Germán Puerta Baptiste
Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Resumen

El autor muestra de primera mano los cambios que ha habido en diagnóstico, consulta y terapias en el ejercicio clínico en las cuatro últimas décadas en el ámbito laboral de la Psiquiatría Infantil. Complementa su ponencia con la exposición de aspectos gremiales “lo que hemos y han hecho”, en la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) desde la formación del subcomité de la especialidad hasta la creación del Capítulo de Psiquiatría Infantil. Termina el relato con su experiencia personal en la conformación y desarrollo del posgrado desde su experiencia: «Qué ha sido para mí formar psiquiatras infantiles».



El cambio de modelo en la relación médico – paciente en Psiquiatría Infantil

Autor:

Álvaro Franco Zuluaga

Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Resumen

Se expone de manera crítica la transición en el modelo de relación médico – paciente, que como en cualquier otro escenario histórico se sobreponen las etapas del modelo tradicional, en el cual existe la imagen de un padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) que toma todas las decisiones y la responsabilidad sobre estas (no siempre); luego en el modelo autónomo, en el que el médico se transforma en un asesor técnico de sus pacientes, a quienes ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume.

En el actual modelo de relación clínica, se da máxima importancia al trabajo interdisciplinario y la comunicación con el grupo que representa al usuario. Ya no es sólo el o la médico(a); es este y su equipo de trabajo (consultorio) o el de la institución para la cual labora.



Dos décadas de exploración y experiencia con equipos profesionales en Psiquiatría infantil y de la adolescencia. La violencia sexual en el conflicto intrafamiliar

Autor:

Luis Ramírez Ortegón

Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Resumen

La familia: Hechos de violencia y abuso sexual infantil (ASI) en Colombia. El Ministerio Público de la Procuraduría General de la Nación reportó que 614 mujeres fueron víctimas de feminicidio en Colombia en el 2022. En enero de 2023 se registraron 10 casos de feminicidio, cifra que ascendió a 28 mujeres víctimas de este delito a la primera semana de febrero. En 2022 se registraron 47.771 casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que comparada con 2021, incrementó en 7.713 casos. Los exámenes medicolegales por presunto delito sexual en mujeres aumentaron en 3.650 casos en el año 2022 frente a lo reportado en el 2021. En 2023 se han registrado 3.483 casos de violencia intrafamiliar y 1.516 exámenes medicolegales efectuados por presunto delito sexual. (Informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INNMLyCF], y Procuraduría General de la Nación).

Las consideraciones medicolegales y jurídicas sobre estos hechos involucran la participación de equipos profesionales liderados por psiquiatras de niños y adolescentes, quienes aportan el concepto forense como evidencia probatoria ante diferentes instancias. La Psiquiatría infantil y de la adolescencia tiene los protocolos y las herramientas necesarias para ofrecer las garantías legales y humanas en la administración de justicia. Se presenta un caso índice y se propone la reflexión sobre nuestra obligación legal.



Sección III

Trabajos Libres



Trabajo libre: Ajuste parental y su relación con sintomatología psiquiátrica y resiliencia en adolescentes

Autora:

Ana Belén Giraldo Álvarez

Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. Universidad de Manizales, Colombia

Coautores:

Felipe Agudelo Hernández y Juan David Rodríguez Betancourt

Resumen

Introducción: el vínculo parental y las dinámicas de crianza se han estudiado como factores de importancia en la psicopatología de niños y adolescentes, sin embargo, en el contexto local se requiere información acerca del impacto del ajuste parental tanto en alteraciones de la salud mental como en la resiliencia.

Objetivo: determinar la relación existente entre el ajuste parental, las alteraciones de la salud mental y la resiliencia en un grupo de adolescentes.

Métodos: estudio descriptivo, relacional, de corte transversal, donde participaron estudiantes de una institución educativa de un municipio del norte del departamento del Tolima en el último semestre de 2022. Se aplicaron las escalas de Parentalidad y Ajuste Familiar (PAFAS), el Inventario de Orientación Suicida (ISO-30), el Child Behavior Checklist (CBCL) y la Escala de resiliencia de Connor y Davidson de 10 ítems. La escala PAFAS se aplicó al cuidador principal de cada estudiante y las demás escalas se aplicaron directamente a los estudiantes. La relación entre las subescalas de la escala PAFAS y los dominios de las demás escalas se evaluó a través de una matriz de correlaciones con sus respectivos coeficientes y valores p. Se utilizó la prueba estadística de Spearman debido a que las variables no presentaron una distribución normal. El análisis estadístico se realizó con el programa R versión 4.2.2.

Resultados: se evaluaron 130 estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y los 15 años, de los cuales 67 fueron hombres y 63 fueron mujeres; además de sus cuidadores, de los cuales 81 fueron mujeres y 49 hombres, con una media de edad de 34 años. Se encontró relación inversa entre la subescala de crianza y la escala de resiliencia ($r = -0,22$; $p = 0,012$), y una relación directa de esta subescala con la escala ISO-30 ($r = 0,29$; $p < 0,001$) y con los dominios de internalización y de externalización evaluados en la escala CBCL ($r = 0,31$ y $0,32$ respectivamente; y $p < 0,001$ para ambos dominios). La subescala de adaptación familiar mostró relación directa con los dominios de ansiedad y depresión ($r = 0,21$; $p = 0,014$), aislamiento ($r = 0,21$; $p = 0,018$) y problemas sociales ($r = 0,18$; $p = 0,04$) de la escala CBCL.

Conclusiones: la subescala de prácticas de crianza y la calidad de la relación padre-hijo negativas se relacionan de forma directa con mayor carga de sintomatología psiquiátrica en adolescentes, además de mayor riesgo suicida y menor resiliencia. La subescala de ajuste emocional de los padres y el apoyo de la pareja y la familia en la crianza presenta una relación directa con síntomas de ansiedad y depresión, aislamiento y problemas sociales. Las características y el contexto de crianza y relaciones familiares deben abordarse al momento de evaluar la salud mental de niños y adolescentes e intervenir de forma temprana en las prácticas modificables.

Palabras clave: salud mental, familia, responsabilidad parental, adolescente, crianza del niño.



Trabajo libre: Identificar el estigma sobre la búsqueda de apoyo terapéutico en salud mental en la población del departamento del Quindío, Colombia

Autora:

Andrea Guzmán

Fundación CESAMO y Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia.

Coautores:

Karen Soffia Celis Arias

Resumen

El presente trabajo de investigación se trata de “El estigma sobre la búsqueda de apoyo terapéutico en salud mental en la población del departamento del Quindío Colombia en el año 2022”. Su importancia radica en definir el estigma sobre la búsqueda de apoyo terapéutico en salud mental en la población del departamento del Quindío, Colombia; la poca información que hay sobre este tema genera una gran problemática en el país. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la población del departamento del Quindío con previo aval del Comité de ética e Investigación de la Universidad del Quindío y aceptación del consentimiento informado de los participantes, con un tamaño de la muestra estimada con la fórmula de Cochran. Dentro de los resultados se encuentran cuáles son los estigmas más comunes en la población del departamento del Quindío; y se propone su socialización para lograr impactar en la calidad de vida.



Trabajo libre: Conociendo cómo cambian los padres con hijos diagnosticados con TDAH los significados de sus vivencias

Autora:

Carolina Gómez-López

Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI), Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Coautores:

Lina María Osorio-Cock, Carlos Enrique Yepes-Delgado, Juan David Palacio-Ortiz

Resumen

Introducción: Los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se enfrentan a múltiples barreras para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado. Los padres con hijos diagnosticados con TDAH cumplen un papel fundamental en el proceso de atención en salud mental, pero la asimilación de esta vivencia es compleja.

Objetivos: explorar los significados que surgen en los padres de un hijo con diagnóstico de TDAH e identificar pros y contras del proceso de diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Este estudio cualitativo fue desarrollado mediante un enfoque hermenéutico, basado en técnicas de la teoría fundamentada, que permite crear modelos teóricos que surgen a partir de la interpretación y comprensión de la experiencia que tienen las personas entrevistadas. Se entrevistaron 20 padres con hijos con TDAH. Se realizó una codificación abierta, y posteriormente una codificación axial y selectiva. Se recurrió a una postura reflexiva, para dar surgimiento a la teoría.

Resultados: Se encontraron 5 componentes principales de las categorías halladas en el estudio. 1) Los padres asumen diferentes roles en la crianza de los hijos. La madre se convierte en la principal cuidadora de los hijos y recibe un mayor impacto emocional. La atención gira hacia el manejo del niño con TDAH, los padres se esfuerzan en hacer lo mejor mientras son cuestionados ante el incumplimiento de expectativas sociales. 2) Los padres encuentran que el sistema de salud cambia los profesionales que atienden a sus hijos constantemente, y la relación con estos puede no ser afable. En el sistema educativo existe desconocimiento sobre el TDAH y una cantidad desproporcionada de estudiantes por profesor, lo que dificulta un abordaje individual. Los padres se esfuerzan por lograr la adaptación educativa, al explicar constantemente el diagnóstico y exigir la negociación de alternativas en el colegio. 3) El proceso diagnóstico del TDAH puede ser entrecortado, agotador, lleno de incertidumbre y costoso. Algunos padres cuentan con suerte, y con un diagnóstico realizado por un profesional finalmente sienten ayuda y comprenden el diagnóstico y guían el manejo adecuado; pero otros deben pasar por múltiples profesionales y reciben diversas opiniones que los confunden en el camino. 4) Los padres de pacientes con TDAH a menudo tienen dificultades para aceptar el diagnóstico y el tratamiento. El cambio de la negación a la aceptación se da a través de educación y apoyo profesional. Los padres llegan a entender que la enfermedad es real y requiere un enfoque de tratamiento diferente. 5) Criar a un niño con TDAH es un desafío. Los padres pueden sentir agotamiento, frustración e impotencia, y pueden tener desacuerdos sobre la crianza. La relación padre-hijo puede ser fuerte o distante, pero también puede ser una fuente de apoyo para navegar las dificultades. El rendimiento académico puede verse afectado, lo que puede afectar la autoestima y contribuir a la aparición de trastornos mentales. Los padres pueden sentir temor por el futuro de sus hijos y cuestionar sus capacidades. El tratamiento es individual y puede requerir ajustes y paciencia. La experiencia de criar a un niño con TDAH puede ser un proceso de aprendizaje que cambia la manera de pensar y percibir la diversidad de las personas.

Conclusiones: Los padres de familia incluidos en este estudio debieron enfrentar retos en el sistema de salud, educativo y familiar; situaciones que los impulsaron a resignificar sus experiencias alrededor de alguno de sus hijos con diagnóstico de TDAH.



Trabajo libre: Creencias de los padres acerca de los trastornos mentales de sus hijos en una consulta universitaria en Colombia

Autora:

Carmenza Ricardo Ramírez

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Coautores:

Matilde Álvarez Gómez, José Gabriel Franco Vásquez, Daniel Zaraza Morales, Juliana Caro Palacio

Resumen

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue describir las creencias de los padres acerca de los trastornos mentales de sus hijos que asistieron a consulta externa infantil en una clínica universitaria.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal realizado en padres de niños con trastornos mentales de una clínica de cuarto nivel de Medellín, Colombia, durante el periodo comprendido entre enero y mayo del 2018. Se estudió a 98 padres de niños y adolescentes que consultaron por primera vez a Psiquiatría Infantil. Se aplicó un instrumento elaborado por los investigadores con variables demográficas y de creencias sobre el origen del trastorno mental, del tratamiento y sus coadyuvantes.

Resultados: El 49,9 % de los 98 padres evaluados creyeron que su hijo tenía un trastorno mental; en cuanto al origen de este, el 43,9 % creía que era heredado y 41,8 % por causas orgánicas. El 95,9 % de los padres creía que sus hijos necesitaban tratamiento; de ellos, el 90,4 % estimó la psicoterapia y el 58,51 % la medicación. Entre los tratamientos alternativos, el más frecuente fue la sanación, con un 27,5 %. De los métodos coadyuvantes en el tratamiento, los más frecuentes fueron estimular comportamientos positivos con el 82,7 %, corregir con palabras y dar buen ejemplo con el 72,4 %.

Conclusiones: En este estudio casi la mitad de los padres pensaba que sus hijos tenían una enfermedad mental. El tratamiento más considerado por los participantes fue la psicoterapia, por encima del uso de psicofármacos. En cuanto a los métodos coadyuvantes, los padres consideraron principalmente el estimular comportamientos positivos, corregir con palabras y dar buen ejemplo.



Trabajo libre: Estudio de un clúster de autolesiones e intento de suicidio en adolescentes con trastornos alimentarios que asisten a un programa ambulatorio intensivo.

Autora:

Maritza Rodríguez Guarín

MSc, MD. Programa Equilibrio para Trastornos Alimentarios, Afectivos y de Ansiedad, Bogotá, Colombia.

Coautores:

Juanita Gempeler, Sergio Mario Castro, Melissa Medina, María Mercedes Ospina, Angélica Rubio

Resumen

El comportamiento suicida y de autolesiones sin intencionalidad suicida son frecuentes en adolescentes, y se han incrementado notoriamente en el contexto de la pandemia. Se estima que entre 1 y 5 % de los comportamientos suicidas en adolescentes ocurren en aglomerados o clústeres. Se ha encontrado evidencia de la asociación entre el conocimiento de que algún amigo o contacto cercano se autolesiona con el incremento en el riesgo propio de intentos de suicidio o de autolesiones como un efecto de “contagio” que puede conducir a clústeres, es decir, a un incremento en el número de casos mayor al esperado en un contexto de tiempo y espacio dados. Los clústeres que se presentan en unidades de tratamiento psiquiátrico han sido menos estudiados, y son de gran importancia su detección e intervención temprana.

En esta presentación nos proponemos analizar los comportamientos suicidas y de autolesiones en cinco adolescentes que asistían a un programa ambulatorio intensivo para trastornos alimentarios en un período de dos meses. Se discuten los mecanismos subyacentes al contagio entre pares y las estrategias del equipo terapéutico para realizar seguimiento en tiempo real y prevención de nuevos clústeres. Señalamos la importancia de desarrollar e implementar protocolos de intervención temprana a nivel grupal e individual en los adolescentes que asisten a programas de tratamiento en los que interactúan permanentemente.



Trabajo libre: Herramienta pedagógica digital de uso en la comunidad escolar para detección y remisión de niños y adolescentes posiblemente expuestos a violencia

Autora:

Diana Durán Luna

Universidad El Bosque, Bogotá Colombia.

Coautores:

German Puerta Baptiste

Resumen

El maltrato infantil es un problema social, de salud pública y de derechos humanos, con consecuencias devastadoras y costosas. La evidencia actual indica que, en los primeros años de vida, una serie de factores biológicos y psicosociales (ej. malos tratos, presenciar violencia, pobreza extrema) afectan el desarrollo del niño y conducen a un mayor riesgo de efectos adversos físicos y condiciones de salud mental. Tales impactos pueden ser observados a través de múltiples sistemas: cardiovascular, inmunológico, metabólico y cerebral, y se extiende mucho más allá de la niñez, al afectar la salud a lo largo de la vida e incluso pueden influir en la alteración genética del ADN.

Detectar el maltrato no es tarea fácil, para que el niño llegue a manos del profesional debe ser referido por una persona que sospeche del posible abuso al detectar signos y síntomas relacionados. Los principales perpetuadores pertenecen al núcleo familiar; por eso en el colegio, como segunda instancia más frecuentada por los menores donde pasan gran parte de su tiempo, deberían tener las herramientas y la información apropiada para sospechar, detectar y proceder en estos casos.

Con las anteriores consideraciones se ha desarrollado un trabajo de investigación tecnológico que crea una herramienta pedagógica digital (Chat Bot) para que la comunidad escolar pueda identificar de manera oportuna niños y adolescentes expuestos al trauma, lograr así una intervención profesional oportuna, y así vincular y optimizar iniciativas preventivas de salud y educación infantil.



Trabajo libre: Enfermedad mental severa y abuso de sustancias, factores de riesgo desde la adolescencia

Autora:

Johanna Valencia Echeverry

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Coautores:

Carlos López-Jaramillo, Antonio Toro-Obando, Ana María Díaz, Daniel Londoño-Martínez, Esteban Uribe Villa, Juan David Palacio-Ortiz, Mauricio Arcos.

Resumen

La enfermedad mental severa (EMS) incluye a la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor. Estas enfermedades afectan profundamente a los individuos, sus familias y la sociedad en general. En muchos casos, la EMS comienza en la adolescencia. En efecto, la mitad de los pacientes experimentan síntomas durante este periodo de la vida. A menudo, estos síntomas son ignorados o malinterpretados por los adolescentes, sus familias y amigos, lo que puede retrasar el diagnóstico y la atención médica adecuada.

Hay factores etiológicos, genéticos y ambientales de la EMS. La investigación sugiere que las personas con antecedentes familiares de EMS tienen un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor. Además, se ha demostrado que los eventos estresantes y traumáticos, como la violencia, el abuso y la negligencia, pueden desencadenar la EMS en personas genéticamente vulnerables, especialmente durante la adolescencia, que es cuando el joven que se enfrenta al desarrollo de su identidad, cambios físicos/y emocionales, expectativas académicas, presiones sociales y presiones de su grupo, los cuales pueden aumentar el riesgo para el consumo de sustancias.

El uso de sustancias puede estar asociado con la EMS de diversas maneras, ya sea como un factor de riesgo, un desencadenante, una comorbilidad o una consecuencia de la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor. Por ejemplo, se ha demostrado que el consumo de marihuana aumenta el riesgo de psicosis en personas con una predisposición genética a la EMS. Además, la EMS y el trastorno por consumo de sustancias a menudo coexisten, lo que puede dificultar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Comprender mejor la relación entre la EMS y el trastorno por uso de sustancias en la adolescencia permitirá entender mejor la trayectoria de la EMS y podría proporcionar mejores opciones para las intervenciones.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo comparar los antecedentes de consumo de sustancias durante la adolescencia de 100 pacientes con EMS.

Métodos: El estudio se realizó en la población Paisa y se llevaron a cabo entrevistas clínicas semiestructuradas. Se compararon dos grupos, uno con y otro sin antecedente de consumo de sustancias.

Resultados: Los pacientes con EMS y antecedente de consumo de sustancias tuvieron un mayor compromiso en medidas de funcionamiento global, compromiso clínico y desempeño neurocognitivo. Específicamente, el compromiso fue mayor en aquellos que comenzaron el consumo de sustancias en la adolescencia en comparación con aquellos que no consumieron sustancias durante la adolescencia. Este hallazgo sugiere que el consumo de sustancias durante la adolescencia puede ser un factor de riesgo determinante para el curso de la EMS hacia la edad adulta. Además, el compromiso clínico y neurocognitivo de los pacientes con antecedentes de consumo de sustancias es mayor en comparación con los que no tuvieron el antecedente.

Conclusiones: Este estudio destaca la importancia de prevenir y tratar de manera contundente el consumo de sustancias en los adolescentes que comienzan una EMS. Además, los resultados



sugieren que los pacientes con antecedentes de consumo de sustancias pueden requerir intervenciones más intensivas para mejorar su funcionamiento global, compromiso clínico y desempeño neurocognitivo.



Trabajo libre: Caracterización sociodemográfica y clínica de niños y adolescentes hospitalizados con trastornos por síntomas somáticos en la Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia en Bogotá, Colombia

Autora:

Catalina Walker Álvarez

Universidad del Bosque y Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia

Coautores:

Jorge Daniel Medina Campiño, Psiquiatra Infantil y del Adolescente en Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia.

José Daniel Toledo Arenas, Médico psiquiatra, epidemiólogo, docente, profesor asociado de la Universidad del Bosque.

Resumen

Presentación de un proyecto de investigación de tipo observacional, descriptivo y con un diseño de corte (transversal) donde se está caracterizando sociodemográfica y psiquiátricamente a un grupo de pacientes hospitalizados con criterios para trastorno por síntomas somáticos (F45.1) en el principal hospital infantil de Bogotá.

Población: niños y adolescentes entre 11 y 17 años hospitalizados e interconsultados a psiquiatría infantil por sospecha de trastorno por síntomas somáticos, a los que se les está aplicando pruebas estandarizadas para evaluar síntomas de depresión infantil, ansiedad y síntomas físicos y un cuestionario para reunir los datos demográficos; *CDI (Children's Depression Inventory)*, *SCARED (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)* y *PHQ-15 (adaptado del Patient Health Questionnaire Physical Symptoms)*; en busca de una comprensión más profunda de este trastorno y su asociación con otras características psicológicas como los síntomas depresivos y ansiosos; lo que puede ayudar a mejorar la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes que experimentan estas dificultades en un ambiente hospitalario, al ser motivo frecuente de interconsulta a psiquiatría pediátrica de enlace.



Sección IV

Recomendaciones para padres



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con depresión

Autoras:

Aura Daniela Salgado Montenegro
Fellow de Psiquiatría Infantil, Pontificia
Universidad Javeriana.

Laura Ospina Pinillos
Médica Psiquiatra Infantil, Docente de la
Pontificia Universidad Javeriana.

La depresión es una afectación en el estado emocional, y se refiere a la presencia de una tristeza muy grande y profunda, más allá de lo esperado para la situación del individuo. Se acompaña con frecuencia de irritabilidad y mal genio, y generalmente cambia la forma de comportarse de las personas. En cambio, la tristeza es una emoción normal y hace parte del día a día, pues es una reacción a algún evento que ha ocurrido, es proporcional a este, se acaba y alterna con las otras emociones normales. La depresión es, entonces, una tristeza que no se acaba y que va creciendo a medida que pasa el tiempo. Eso no significa que su hijo se vea todo el tiempo triste o irritado, al contrario, en especial en los adolescentes, ocurre que el estado de ánimo puede variar según acontecen cosas en la cotidianidad, pero el sufrimiento está presente constantemente.

Usualmente las personas con depresión tienen pensamientos recurrentes sobre haber hecho algo mal, que sus preocupaciones o sufrimiento no tienen solución, se reprochan sus acciones y se culpan constantemente. Pueden aparecer problemas para concentrarse, cambios en la alimentación con aumento o disminución de lo que se come, variaciones del sueño con mayores o menores tiempos de descanso, sensación de fatiga y de tener poca energía, así como más o menos actividad física. Finalmente, pasa también que piensen en querer morir o suicidarse, esto último es un síntoma de especial atención e intervención, ya que es conocido como un "signo de alarma".

¿Por qué da depresión?

Es el resultado de la interacción de varias cosas que se van acumulando: la genética, situaciones que pasan en la vida y cómo las experimenta su hijo, su forma de ser, entre otros. Es decir, existe una susceptibilidad dada por las características de la persona que, en una circunstancia dada, podrían dar lugar a un episodio de depresión.

¿Es para toda la vida?

Eso va a depender de lo anteriormente mencionado, pero también de la posibilidad de que su hijo tenga un tratamiento efectivo y por un tiempo adecuado. También depende de otras estrategias de cuidado y promoción de la salud mental.

Una persona no está deprimida toda su vida, pero sí por periodos que duran hasta meses, seguidos por temporadas de recuperación. Sin embargo, es frecuente que la depresión repita: si su hijo alguna vez estuvo deprimido, es susceptible de que esa situación vuelva a aparecer.

¿Cuáles son las complicaciones de la depresión?

El impacto de la depresión en la vida de su hijo es grande: no le permite estudiar, trabajar y relacionarse de la forma que quiere, tanto consigo mismo, como con los demás; dificulta la capacidad de disfrutar de las cosas de la vida.

La complicación más grande es que la persona se haga daño o le haga daño a otro. Por otra parte, pueden aparecer otros problemas emocionales o del comportamiento: ansiedad, consumo de drogas, etc.



¿Cómo se puede tratar la depresión?

Existen varias alternativas de tratamiento según la severidad de la depresión. Se recomienda realizar actividad física y asistir a terapia psicológica, además de cuidar la salud en general, el sueño y la alimentación. En los casos moderados y graves, o cuando lo anterior no da resultados esperados y los síntomas van empeorando, se propone el uso de medicamentos. Estos últimos incluyen un antidepresivo casi siempre, aunque a veces se usan en compañía de otro tipo de fármacos, según sea pertinente: para dormir, para la ansiedad, para hacer más potente el antidepresivo o cuando hay alteración en la percepción de la realidad, entre otros. Lo recomendable es seguir las indicaciones del profesional y resolver las dudas que surjan sobre el tratamiento que éste ha propuesto.

¿Cuánto dura el tratamiento?

Depende de lo que tarde su hijo en recuperarse y de que esa mejoría sea duradera y constante. El tiempo es el que irá dando a conocer estos resultados y es importante continuar las citas de seguimiento con el profesional a cargo, quien evaluará en qué momento y cómo es seguro terminar el tratamiento.

¿Cómo funcionan los antidepresivos?

Actúan en el cerebro modificando sustancias que influyen en el estado de ánimo, en el sueño, el apetito, la concentración, entre muchos otros. Intervienen en circuitos y en áreas específicas del cerebro, al regular dichas sustancias a un nivel suficiente, lo cual se logra alrededor de la segunda o tercera semana de tratamiento. Por eso, es esperable que antes de este tiempo los cambios en el estado de ánimo no sean evidentes. Es fundamental asistir a las citas de control con el profesional con el fin de evaluar si el medicamento está siendo bien tolerado y está produciendo el efecto que se desea.

¿Los antidepresivos producen adicción?

Los antidepresivos no están relacionados con problemas de adicción, abuso o dependencia.

¿Los antidepresivos son seguros para mi hijo?

Sí, son seguros siempre y cuando se sigan las instrucciones del profesional, quien elegirá medicamentos que hayan demostrado ser efectivos y seguros, y quien evaluará regularmente los efectos del fármaco.

Hay una alerta sobre aumento del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de depresión que son tratados con antidepresivos. En este sentido, es importante que usted identifique si aparecen ideas de muerte o está planeando hacerse daño y consulte a urgencias tan pronto como sea posible. Tenga en cuenta que la depresión no tratada se acompaña con un mayor riesgo de suicidio. La asistencia a terapia psicológica y a las citas de control con el profesional permitirán identificar y, si es necesario, intervenir para disminuir el riesgo de hacerse daño.

¿Cuáles son los efectos secundarios de los antidepresivos?

Hay varios tipos de antidepresivos y sus efectos secundarios también van a depender de las formas en las que estos actúan. Los efectos secundarios sólo se presentan en una minoría de los pacientes. Algunos de ellos son dolores de estómago, náuseas, diarrea, vómitos y cambios del apetito. También pueden presentarse dolor de cabeza, así como problemas de sueño, mareo, temblores, inquietud, sudoración excesiva y variaciones en el deseo y el desempeño sexual. Es importante tener en cuenta que muchos son tolerables y pasajeros, pero debe comentarse con el tratante con el fin de evaluar si es pertinente modificarlo.

¿Qué hacer si mi hijo no mejora?

Es importante ser constante con el cumplimiento de los tratamientos indicados por el profesional, asistir a las citas de control para identificar rápidamente si su hijo está mejorando o no con el tratamiento, para contemplar la posibilidad de cambiarlo o complementarlo.



¿Si mi hijo está tomando antidepresivos puede tomar otros medicamentos?

Sí, sin embargo, siempre que asista a una cita médica es fundamental describir el antecedente de la depresión y el tratamiento farmacológico que está recibiendo su hijo, para que esto sea tomado en cuenta por los otros profesionales al momento de prescribir medicamentos.

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo cuando está en crisis?

Las crisis pueden incluir momentos de gran angustia, desesperación y llanto. Es recomendable que su hijo pueda dirigirse a un lugar con la mayor privacidad posible, pero siempre bajo su vigilancia. Es ideal que este sea un lugar tranquilo, sin mucho ruido, en el que él pueda llorar y desahogarse, sin que represente un riesgo para él ni para los demás. Hágale saber que usted está presente y que cuenta con usted, transmítale mensajes de apoyo, no lo cuestione, no lo invalide ni haga comentarios sobre su tristeza.

¿Cuáles son los signos de alarma de la depresión?

Que el ánimo no mejore con nada, que no duerma nada o no quiera recibir comida, si se agrede o agrede a otras personas, si expresa que quiere morirse o suicidarse, si se comporta extraño, dice cosas incoherentes y que no sean ciertas.

Es importante que pueda informar a otras redes de apoyo de la situación por la que está pasando su hijo, y comparta los signos de alarma con los amigos y el colegio. Así, si alguien identifica alguno, pueden contactarlo, informarle, e iniciar la ruta de emergencia que consiste en acudir por urgencias al centro de salud más cercano.

Lecturas Recomendadas:

- https://www.youtube.com/watch?v=xQ65v_LwDtY Depresión infantil, señales de alerta y posibles causas
- <https://www.youtube.com/watch?v=34GNym0pN1g&t=70s> ¿Cómo ayudar a niños con depresión?
- https://www.youtube.com/watch?v=__Zs2QWto6l Las señales de depresión en la adolescencia
- <https://www.educo.org/blog/depresion-en-infancia-tips-para-ayudar-a-ninos> La depresión en la etapa infantil: tips para ayudar a niños y niñas con depresión
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000646.htm> Ayudarle a su hijo adolescente con depresión

Bibliografía

1. Rey, J., Bella-Awusah, T. T., & Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP.

Medina, J., & García de León, M. (2004). Efectos secundarios de los antidepresivos. Vigilia sueño, 48-57.



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con disforia de género

Autores:

Marta Catalina Miranda Fernández

Fellow psiquiatría niños y adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana.

Miguel Antonio Espinosa Gómez

Fellow psiquiatría niños y adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana.

Paola Andrea Ramírez Luna

Fellow psiquiatría niños y adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana.

La disforia de género (o discordancia) se refiere al malestar que sufren las personas que se perciben de un género diferente al asignado al nacer. Se manifiesta al tener preferencias por actividades del sexo contrario, incluido el modo de vestir, modo de expresarse, de relacionarse con las personas, el tipo de juegos, molestias por tener los caracteres sexuales que no consideran los correctos para ellos. Este malestar puede deteriorar el funcionamiento social, escolar y familiar.

Algunas preguntas comunes que los padres hacen a los psiquiatras infantiles acerca de la disforia de género son:

¿Qué es sexo natal o de nacimiento?

Es el sexo asignado al niño al nacer, el cual está basado generalmente en la observación de las características de sus genitales.

¿Qué es identidad de género?

Se refiere a la identificación de la persona como hombre, mujer o alguna categoría intermedia (“fluido”) o una categoría distinta de hombre o mujer. La identidad determina cómo las personas se ven a sí mismas y cómo quieren que las vean los demás. No es una elección (decisión), es la expresión (manifestación innata).

¿Qué es orientación o atracción sexual?

La orientación sexual se refiere hacia quien se siente atraída la persona (mujer, hombre, o intermedio).

¿Qué es ser travesti?

Se refiere al disfrute de vestirse con ropa del género opuesto y puede generar gratificación erótica o personal. Es diferente a la disforia de género, pues no implica un cambio en la identidad del género asignado, aunque las personas transgénero pueden tener este tipo de conductas.

¿Qué es ser transgénero?

Se refiere al espectro de personas cuya expresión de género es diferente al asignado al nacer, y puede abarcar no necesariamente una elección masculina o femenina sino también algo intermedio.

¿Qué es ser transexual?

Es un término entrado en desuso para referirse a las personas que desean realizarse o se han realizado procedimientos médicos o quirúrgicos en busca de adecuar su cuerpo según su identidad de género.



¿Una persona con disforia de género puede ser feliz?

Las personas con disforia de género presentan mayores índices de trastornos depresivos, de ansiedad y de control de los impulsos. Por esta razón es importante que reciban apoyo de su familia, sus amigos, de su colegio y estén protegidos a nivel estatal, pues la transición puede generar dificultades para encajar en la sociedad.

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?

Nómbrele como se identifica, muestre aprobación por su identidad y expresión de género. Hable positivamente de su hijo. Busque asociaciones de familias con familiares de género diverso. Apoye al colegio a promover capacitaciones para un mayor respeto e inclusión y trabajar con instituciones locales para que sean más seguras.

¿Una persona con disforia de género puede conseguir trabajo?

En Colombia se ha identificado remuneración salarial inequitativa, dificultades para ingresar a un trabajo, así como discriminación dentro del trabajo por parte de sus superiores y colegas. Por esta razón se debe seguir promoviendo el respeto hacia la diversidad dentro de las políticas organizacionales empresariales y en general a nivel poblacional.

¿Una persona con disforia de género puede sostenerse, ser independiente?

Las personas con disforia de género en general no presentan ninguna discapacidad física o intelectual que comprometa su normal integración a la sociedad, el inicio de una actividad académica, económica o profesional.

¿Cuál es el futuro de una persona con disforia de género?

Las personas con disforia de género tienen las mismas potencialidades de cualquier otro ser humano, pero no se debe ignorar que por la naturaleza conservadora de Colombia pueden estar expuestos a situaciones de discriminación.

¿Cómo van a ser las relaciones personales de una persona con disforia de género?

Las personas con disforia de género pueden tener relaciones interpersonales como cualquier otro ser humano y ser estables con quien quiera compartir, incluso con personas que no tengan dificultades en la identidad de género.

¿Una persona con disforia de género va a ser aceptada?

Actualmente ha habido una mayor concientización al respecto a nivel social, hay una mayor aceptación en comparación con décadas anteriores, hay leyes que buscan protegerlos frente a la discriminación o violencia. Sin embargo, aún existen barreras en múltiples ámbitos que necesitan seguirse deconstruyendo y para esto hay varios sectores que siguen trabajando con este fin, por ejemplo, los grupos del colectivo LGBTQI+, políticos, etc.

Como padre/madre, ¿cómo puedo ayudar a mi hijo si presenta una disforia de género?

Es importante tener una actitud comprensiva y de apoyo, la comunicación debe ser franca y respetuosa con el hijo; se deben evitar actitudes discriminatorias, comentarios ofensivos, no se debe presionar para que se “conforme” con el “cuerpo que le tocó”, ni tampoco presionar para que se realice procedimientos o intervenciones médicas; se deben referir al hijo de la manera en que el hijo les haya pedido. Es difícil aceptarlo, por lo cual pueden buscar grupos de apoyo, hablar con un consejero, o inclusive hablar con familiares o amigos de confianza.

¿Hay alguna guía en Colombia para la atención de las personas con disforia de género?

El Distrito de Bogotá publicó en junio del 2021 la guía “Atención Integral En Salud Para Personas Trans Y No Binarias, Situaciones de salud y caracterización”, la Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo tiene el “Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género”, y a nivel nacional aunque al momento de escribir este texto no ha sido publicada, la Corte Constitucional en la sentencia T- 218 del 21 de junio del 2022 ordena al Ministerio de Salud a



publicar al término de un año una “Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud de las Personas Transgénero y, particularmente, para el suministro de los procedimientos médicos de afirmación de género”.

Es importante resaltar que la disforia de género es un tema complejo, que aún está en proceso de conocimiento y que hay temas éticos, legales y médicos que aún están en desarrollo.

Bibliografía.

1. Shawn Christopher Shea MD. Culturally Adaptive Interviewing: The Challenging Art of Exploring Culture, Worldview, and Spirituality. In: Psychiatric Interviewing. 3rd ed. 2017.
2. JULIÁN FELIPE GALVIS RAMOS PAOLA ANDREA PARRA AGUDELO ADRIANA ROCHA ESPAÑOL. Empleabilidad e inclusión laboral de personas transgénero en la ciudad de Bogotá. [cited 2023 Mar 22]; disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/6204/Empleabilidad%20e%20inclusión%20laboral%20de%20personas%20transgénero%20en%20la%20ciudad%20de%20Bogotá.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Turban JL, Shadianloo S. Transgénero y Jóvenes No Conformes con su Género (Irrarrazaval M, Martín A eds. Ortega B, Espinoza M, trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018.
4. Sentencia de la Corte Constitucional T- 218 del 21 de junio del 2022.



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con insomnio

Autores:

Yenny Paola Álvarez Cano

Fellow de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Universidad El Bosque.

Leisly Tatiana Oviedo Gómez

Fellow de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Universidad El Bosque.

Álvaro Franco Zuluaga

Médico Psiquiatra Infantil, Docente de la Universidad El Bosque.

El insomnio se caracteriza por problemas para iniciar el sueño (conciliar) o permanecer dormido durante la noche (mantener), con la consecuente dificultad para despertarse temprano. En el caso de los menores, cuando existe insomnio se suele requerir la intervención de los padres o cuidadores en todos estos momentos. A continuación, hay algunas respuestas a preguntas frecuentes sobre el insomnio de niños, niñas y adolescentes:

¿Cuántas horas debe dormir mi hijo?

La duración óptima del sueño varía con la edad. Desde que son recién nacidos pueden dormir de 16 a 18 horas diarias con algunas interrupciones. A partir de los 4 a 12 meses podrían dormir entre 12 y 16 horas, y del año a los 2 años de 11 a 14 horas diarias. Entre los 3 y los 5 años 10 a 13 horas, de los 6 hasta los 12 años 9 a 12 horas y en adolescentes un promedio de 8 a 10 horas. A medida que el niño crece, el patrón del sueño se hace similar al del adulto.

¿Mi hijo podría tener insomnio si hay familiares con problemas de sueño?

El insomnio puede tener varias causas y factores de riesgo tanto médicos como de hábitos y comportamiento; algunas investigaciones han sugerido que existe cierta probabilidad de desarrollar problemas del sueño en familias donde varios integrantes hayan sufrido de insomnio.

¿Qué puede ocasionar insomnio en mi hijo?

No tener horario ni rutina de sueño establecido. Ingerir algunos medicamentos o cierto tipo de alimentos y bebidas en la noche, uso de cigarrillo, licor y otras sustancias, o hacer ejercicio físico y usar dispositivos electrónicos antes de ir a la cama. También factores médicos como enfermedades agudas o crónicas, trastornos mentales o emocionales, eventos importantes en la vida del niño o factores de estrés, entre otros.

¿Si mi hijo tiene insomnio significa que tiene un trastorno mental?

El hecho de presentar insomnio no significa que el niño tenga un trastorno mental. Sin embargo, más de la mitad de las personas con enfermedad mental pueden tener insomnio como síntoma. Por esta razón, es importante consultar con un especialista para realizar una evaluación completa y determinar qué factores se encuentran influyendo esta situación.

¿El uso del celular en la noche produce insomnio?

El uso de pantallas especialmente una hora antes de acostarse, se ha asociado con dificultad en la conciliación del sueño, fragmentación (despertarse frecuentemente) y percepción de menor calidad de sueño. Es recomendable un manejo del tiempo según la edad para su uso racional y saludable.



¿Jugar videojuegos favorece el insomnio?

Investigaciones recientes reportan que el uso de videojuegos en la noche puede alterar el sueño porque estimulan la actividad cerebral, y hace que sea más complicado dormirse a la hora de acostarse; además, algunos videojuegos de contenido violento pueden provocar pesadillas o sueño perturbador.

¿Algún alimento o bebida puede generar insomnio?

Sí, alimentos como el chocolate, café, té, bebidas a base de cola, energizantes con contenido de cafeína, taurina, ginseng, guaraná, etc. estimulan el sistema nervioso central y generan insomnio. Beber líquidos en general y en especial los ricos en azúcares pueden alterar el sueño porque a los niños les da la necesidad de orinar. La sal en exceso puede generar sed en la noche y estimular el consumo de líquidos. Comidas copiosas pueden provocar indigestión y pesadez con lo que se puede afectar el sueño.

¿Cuál es el efecto del licor, cigarrillo o vapeadores sobre el sueño?

El consumo excesivo de alcohol altera el patrón del sueño porque puede interferir en las fases y los procesos químicos cerebrales necesarios para un sueño profundo y reparador. El tabaco, además de ser cancerígeno, funciona como estimulante del sistema nervioso central. Los usuarios de cigarrillos electrónicos tienen más probabilidades de reportar privación del sueño, debido a que muchos dispositivos tienen nicotina.

¿Qué problemas puede ocasionar el insomnio en el colegio?

Los niños con insomnio son más propensos a presentar irritabilidad, fatiga, hiperactividad, oposición, impulsividad e inatención, todo lo que dificulta el aprendizaje y comportamiento adecuado en clases. Por lo anterior, es muy importante que tengan un sueño adecuado en tiempo y calidad.

¿Es recomendable que el niño haga siestas en el día y por cuánto tiempo?

La cantidad de horas de sueño y siestas depende de cada niño; las siestas varían entre 30 minutos a 120 minutos. Es normal que los recién nacidos y los menores de un año al necesitar más de 12 horas de sueño al día, tengan dos o tres siestas durante ese período, al igual que los niños entre 1 y 2 años pueden requerir una siesta al día, mientras que los niños de 3 a 5 años logran dormir lo suficiente en la noche y no necesitan hacer siesta por la tarde. Finalmente, los mayores de 6 años deben dormir únicamente en la noche.

Si mi hijo duerme mal ¿Cuándo y a qué especialista debo consultar?

Los trastornos del sueño requieren un manejo multidisciplinario. Se pueden encontrar Unidades del Sueño en centros hospitalarios, integradas por diferentes especialistas (neurofisiólogos, neurólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos, psiquiatras, endocrinólogos, enfermeras, etc.). Consulte si su hijo presenta dificultades en el sueño para poder realizar una evaluación y manejo adecuados.

¿Se requiere algún examen para estudiar el insomnio?

Sí, es ideal que su médico busque causas a través de una historia clínica y un examen físico completos, así evaluará la necesidad de hacer exámenes de sangre y pruebas más especializadas como un electroencefalograma o una polisomnografía. En la mayoría de los casos, el insomnio está asociado a un trastorno mental, por eso es muy importante que lo evalúe el psiquiatra infantil.

¿Qué medicamentos se pueden utilizar para el insomnio?

Decidir usar un medicamento dependerá de la evaluación médica que se realice al niño, en donde el psiquiatra infantil podrá considerar sedantes naturales o diferentes tipos de medicamentos según se requiera, orientado por la enfermedad causal del insomnio. Los medicamentos de cualquier tipo deberán ser supervisados por un profesional. No se recomienda medicar al niño sin asesoría médica.



¿Los medicamentos para el insomnio causan adicción?

Los principales medicamentos que producen adicción en las personas son del grupo de las benzodiazepinas, actúan principalmente en el cerebro y en caso de ser indicado a su hijo debe ser vigilado por su médico tratante. Otros medicamentos que suelen formularse no causan adicción. El psiquiatra infantil explicará los riesgos y los beneficios para decidir conjuntamente la mejor opción.

¿Cómo puedo mejorar las condiciones ambientales para que duerma mejor?

Las siguientes son algunas condiciones ambientales para lograr conciliar el sueño:

- Temperatura: debería ser entre 18 y 22 grados. El frío o el calor excesivo pueden provocar 'microdespertares' que alteran el patrón del sueño.
- Humedad: que esté entre el 50 % y 70 %. Ambientes secos resecan la boca, y dificultan la respiración.
- Ventilación: Mantener una correcta renovación del aire en el dormitorio, con ventilación a diario mínimo por 10 minutos. Se deben evitar las corrientes de aire fuertes y directas.
- Iluminación: Cuanto más oscura esté la habitación para dormir, mejor.
- Ruido: El exceso de ruido puede limitar la conciliación del sueño, afecta la capacidad de alcanzar las fases más profundas. Instalar unas buenas ventanas en la vivienda aislará el dormitorio de ruidos.

¿Cuáles son las recomendaciones básicas para tener una habitación perfecta para dormir?

Además de las anteriores, se debe considerar las siguientes recomendaciones:

- Evitar las plantas en la habitación, absorben el oxígeno y pueden provocar alergias, así como las alfombras y los tejidos sintéticos que absorben el polvo.
- La cama ha de ser silenciosa y rígida, pero no dura. El colchón debe absorber la transpiración, evitar la dispersión de calor, sostener el cuerpo de un modo correcto de manera que se adapte a la anatomía de la columna vertebral y, además, debe ser higiénico.
- La almohada es fundamental para mantener la cabeza en posición natural mientras dormimos. Si se duerme sin ella, la nuca se inclina hacia atrás y las vértebras cervicales se oprimen excesivamente. Tampoco se debe dormir con una almohada demasiado gruesa ya que inclina la cabeza hacia delante y obliga a las vértebras a estirarse demasiado. Lo mejor es usar una almohada más bien baja, y no demasiado blanda, que mantenga la cabeza en línea con el cuello.

¿Cómo puedo mejorar los hábitos de sueño del niño?

Entre los hábitos que pueden mejorar el sueño del niño están:

- Despertarse y acostarse a la misma hora todos los días, limitar el tiempo diario en cama al tiempo necesario de sueño.
- Evitar el consumo de sustancias que tengan un efecto activador del sistema nervioso central.
- Evitar largas siestas durante el día.
- Realizar ejercicio físico, pero evitar las últimas horas del día por su efecto estimulante.
- Evitar actividades activadoras (como jugar) en las horas previas al acostarse.
- Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
- Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse.



- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.
- Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ruido, luz, dureza de la cama, etc.).

Lecturas Recomendadas:

<https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/sleep/Paginas/healthy-sleep-habits-how-many-hours-does-your-child-need.aspx>

Bibliografía

1. Himelfarb M, Shatkin JP. Pediatric Insomnia. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021 Jan;30(1):117-129.
2. Ahmad SF, Buckley AW, Glaze DG. Neurology of Sleep. Neurol Clin. 2021 Aug;39(3):867-882.
3. Palacio O. Juan David. Psiquiatría infantil, Fundamentos de Medicina, Segunda Edición. CIB, Editor. 2022. 593-602 y 967-973 p.
4. Sarraís, F., & de Castro Manglano, P.. (2007). El insomnio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 1), 121-134.
5. Lozano, JA (2003). Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. Offarm, 22 (3), 84-89.



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con intento de suicidio y autolesiones

Autores:

Julián David Palacio Jaramillo

Fellow de Psiquiatría Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Paula Andrea Duque Ríos

Psiquiatra infantil y del adolescente, Docente de la Universidad de Antioquia.

Se define *el intento de suicidio* como todo acto autoinfligido y deliberado de acabar con la propia vida; cuando este objetivo se logra por medio de la acción se denomina suicidio.

Autolesiones es un término amplio que abarca el daño de manera intencional que una persona realiza sin el propósito de quitarse la vida, dentro de las cuales con frecuencia encontramos el cutting (en adelante incluido en autolesiones) que se refiere a los cortes repetidos en la piel.

¿Es lo mismo el intento de suicidio y las autolesiones?

No siempre, como lo vimos antes en las definiciones, la intencionalidad de acabar con la propia vida hace la diferencia, pero si la persona practica los cortes con el objetivo de acabar con su vida, estaríamos hablando de lo mismo. Así pues, la intención durante la acción es lo que define esto. Por lo general, las autolesiones son recurrentes y la mayoría de las veces una persona lo hace con el objetivo de liberar tensión o ansiedad secundaria al malestar sufrido por su enfermedad mental de base o por eventos vitales estresantes.

¿Todo intento de suicidio termina en suicidio?

No. El intento suicida se define como toda conducta potencialmente autolesiva llevada a cabo con la intención de morir, pero puede o no haber un desenlace fatal luego del evento según muchos factores como la evitación a ser descubierto, la letalidad del método utilizado, la búsqueda oportuna de ayuda, entre otros factores.

¿Sólo el cutting hace parte de las conductas autolesivas importantes en la consulta?

No, es importante explicar todas las formas como un joven puede hacerse daño, ya sea: golpearse la cabeza, rasguñarse, morderse, usar medios físicos como fuego, hielo o cualquier otra que usted identifique; estas con frecuencia son menos graves y casi nunca son amenazantes para la vida.

¿En qué partes del cuerpo se lesionan?

Las autolesiones son más frecuentes en las extremidades, principalmente en miembros superiores. A mayor edad buscan mantener ocultas las lesiones, por lo que suelen usar prendas que las cubren o hacerlo en áreas corporales menos visibles. Los niños se lesionan menos que los adolescentes, y lo hacen en zonas más visibles como cara y brazos. Casi siempre lo hacen en respuesta a situaciones muy estresantes, por retos entre amigos o como una copia de eventos vistos en redes o en su entorno.

¿Si mi hijo habla de la muerte, realmente se quiere morir?

Depende de la edad y el contexto: en niños pequeños es frecuente que lo hagan por copia a la conducta que ven en casa, con amigos o conocidos; identifica que alguien cercano, su mascota, o cualquier ser vivo falleció, y puede ser la primera aproximación al concepto de muerte. Muchas veces, ocurre cuando el niño pequeño cuando está en un proceso de duelo y anhela momentos vividos. En adolescentes es una forma frecuente para expresar malestar y sensación de no encontrar otra salida a sus emociones, pero, aunque crea que no se quieren morir es muy importante validar sus emociones y darle importancia a su deseo de morir. Le puede preguntar si está pensando que sería mejor estar muerto y en caso afirmativo busque ayuda especializada por psicología y psiquiatría. También priorice la atención especializada si se acompaña de tristeza,



aislamiento, pérdida del disfrute de sus actividades, pérdida de la energía, llanto frecuente o irritabilidad.

¿Mi hijo es consciente del significado de la muerte?

El concepto de muerte depende de la edad y del desarrollo; además de experiencias cercanas a esta: si ha fallecido una mascota, un familiar o alguien conocido. Es importante aclararlo porque el intento de suicidio debe tener previamente elaborado el concepto de muerte.

¿Siempre que el joven diga que piensa en morirse, realmente es que lo va a hacer?

La idea es la primera parte del proceso y el riesgo de intentos suicidas aumenta en quienes no sólo lo piensan, sino que planean cómo ejecutarlo; esta idea puede quedar de manera fija y aumenta el riesgo de suicidio. El objetivo de buscar atención especializada es útil para reconocer el riesgo, implementar un plan de crisis, y pensar en una vida que valga la pena vivir por medio de la búsqueda de razones para vivir. Además, para encontrar personas de apoyo en momentos de crisis.

¿Qué puede tener mi hijo que se autolesiona?

Con frecuencia, las autolesiones ocurren como respuesta al malestar interno presentado por el niño o adolescente, cuando hay dificultades para controlar los impulsos, pueden detonarse al presentar una emoción o petición que no se concede, o también cuando quieren pasar rápido un momento desagradable o estresante. Asimismo, ocurren en el caso de trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, psicosis, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, entre otros. En cualquiera de ellos es necesario validar la emoción y es importante buscar apoyo especializado.

¿Por qué se autolesionan?

La mayoría de las veces, los jóvenes expresan intenso dolor emocional y comentan que al cambiarlo por un dolor físico disminuyen el malestar, otras veces expresan que autolesionarse les genera una sensación de control de la situación. En algunas ocasiones lo hacen para imitar conductas de sus amigos, aunque no podemos olvidar que en otras situaciones expresan deseos de morir. Finalmente, algunos científicos han explicado que las autolesiones son una búsqueda de emociones, autocastigo o de llamado de atención para buscar ayuda ante su intenso malestar.

¿Esto le pasa solamente a mi hijo?

No siempre se identifica y en algunos casos los profesionales de salud no los reconocen. En Estados Unidos 1 de cada 200 niños entre los 13 y 19 años se lesionan, en Colombia no contamos con suficientes estudios; sin embargo, se ha reportado una prevalencia de 0,15 % y en quienes han tenido antecedente psiquiátrico asciende a 26,7 %. Se presenta una proporción de 3 mujeres por 1 hombre. Por lo tanto, y a pesar de los pocos estudios, se considera un comportamiento frecuente en la adolescencia.

¿Mi hijo puede seguir autolesionándose?

Se considera que el autolesionismo tiende a repetirse. Si su hijo expresa sentirse triste o ansioso, se expone a situaciones que le generen retos para los cuales no se siente preparado, no sabe dar una respuesta, no es capaz de sobreponerse y sigue pensando en morirse o hacerse daño como forma para solucionar el problema, no se debe subestimar la situación y debe mantenerse un acompañamiento estrecho en la medida de lo posible.

¿Cómo puedo ayudarle a mi hijo?

Mantenga una adecuada comunicación, preserve la calma y evalúe qué puede mejorar de la relación, propicie espacios donde se sienta bien y le ayuden a encontrar soluciones a los problemas. Usted puede favorecer estrategias para que su hijo comunique el malestar (escribir, dibujar, pintar, cantar, bailar). Verifique que no haya otros objetos de potencial daño y si los hay retírelos de su entorno de forma definitiva, si encuentra estos objetos no lo confronte ni lo cuestione, acompañelo y ofrézcale un abrazo.



Apoye la elaboración de un plan de crisis para estas situaciones, conózcalo y recuérdelo. Usted puede entrenarse en ejercicios de respiración diafragmática, esto facilitará guiar a su hijo en el momento de crisis. Coméntele otras estrategias de cómo usted se sobrepone a situaciones difíciles. Recuerde que la forma como usted afronta y resuelve situaciones le enseña a su hijo a resolver las propias.

Lecturas Recomendadas:

- <https://kidshealth.org/es/parents/help-cutting.html>
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandsafety/self-injury.html>

Bibliografía:

1. Jans T, Vloet, TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva (Irarrázaval M, Martín A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal M trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.
2. Lince-González AM, Tachak-Duque LC, Parra-García JC, Durán-Florez ME, Estrada-Orozco K. [Prevalencia y caracterización de cutting en población pediátrica (0-14 años) en un servicio de urgencias de Bogotá D.C., Colombia]. Rev. Fac. Med. 2020;68(2): In press - 2020. English. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/re-vfacmed.v68n2.73583>



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres sobre uso de pantallas y redes sociales de sus hijos

Autores:

Julián David Palacio Jaramillo

Fellow de Psiquiatría Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Diana Beltrán Melo

Psiquiatra infantil y del adolescente, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Durante un día, las actividades que se realizan están distribuidas en tiempo de sueño, actividades sedentarias y actividad física; las pantallas que incluyen televisión, computador y dispositivos móviles, incrementan el tiempo de actividad sedentaria, con el consecuente impacto en salud: peso, calidad del sueño, resistencia física, entre otros, y la creación de rutinas de hábitos poco saludables.

¿Por qué no es bueno que sus hijos usen mucho tiempo los dispositivos electrónicos?

Durante la primera infancia se crean hábitos, hay un desarrollo físico, cognitivo y de relaciones sociales que fundamenta la relación consigo mismo y con su entorno. Se instauran rutinas que posteriormente influyen en niveles de adaptación y actividad física. El uso de pantallas no debe interferir en el tiempo de sueño y socialización con amigos o familia.

¿Qué es el comportamiento sedentario?

Es aquella actividad en la que se gasta poca energía estando despierto, incluye las que tienen actividad en posición sentado, reclinado o acostado, en menores de 5 años se incluyen las que deben permanecer sujetos en un asiento (carro, coche, o en cargador del padre), también se considera en la que pasan tiempo sentados escuchando cuentos.

¿Qué alternativas a las pantallas hay para su hijo?

Toda actividad que no implique uso de dispositivos y que permita expresiones artísticas, deportivas o actividades cognitivas; en niños más pequeños incluye permanecer sentados en el suelo o estar recostados sobre el pecho de un adulto, leer un libro o jugar con bloques o juegos de mesa, recorte de figuras o rompecabezas, los cuales en acompañamiento permiten mejorar la interacción social.

¿Cuánto tiempo puede dejar a su hijo en las pantallas?

La respuesta depende del grupo de edad en el que está su hijo.

- Lactantes, menores de un año: no deben permanecer inmóviles por más de una hora, ni se recomienda exposición a pantallas; cuando estén quietos se deben estimular a que narren historias, o participen con el cuidador en las actividades que realiza.
- Niños entre 1 y 7 años: no deben permanecer inmóviles más de una hora, ni deben permanecer inactivos ante una pantalla más de una hora, con la recomendación "menos es mejor". Se debe estimular a que hagan cualquier tipo de actividad física, o realizar actividades cognitivas que sean de interés para el menor.
- Menores entre 7 y 12 años se recomienda que siempre sea en compañía de un adulto y que nunca interfiera con horarios de comida y sueño.
- Entre los 12 y 15 años se recomienda hora y media como máximo y tener cuidado con el uso de redes sociales.



- Mayores de 16 años máximo 2 horas y se debe evitar su uso en horarios de alimentación y sueño, para lo cual se recomienda no tener acceso en el dormitorio.

¿Es posible llegar a ese límite de horas?

Cuando no existían los dispositivos era posible llevar una vida normal. En un mundo con avances tecnológicos, donde los dispositivos se vuelven herramientas de rutina, parece imposible hacerlo, sin embargo, hay estudios actuales que muestran que cerca de un 35 % de los menores de 5 años sí pueden cumplirlo.

¿Qué problemas trae el uso de pantallas sobre el sueño?

Como se mencionaba previamente, una parte importante de las actividades diarias son las horas destinadas al sueño, a mayor uso de pantallas disminuye el tiempo y calidad del descanso, y se convierte en mal hábito. Dormir bien y suficiente ayuda a prevenir trastornos mentales, sobrepeso y obesidad.

¿Qué problemas trae la pantalla para la salud mental de su hijo?

A mayor tiempo de pantallas se reporta interacción conflictiva con pares y conflictos en actividades sociales. Reduce inevitablemente la interacción con sus compañeros en el colegio, que funciona como factor clave para integrarse en la sociedad. Con frecuencia se relaciona con trastornos de conducta: impide estrategias de autorregulación, aumenta niveles de excitación relacionados a efectos audiovisuales intensos y de ritmo rápido, asociado a falta de atención y mayor comportamiento agresivo.

¿Qué riesgos trae las redes sociales?

El acceso de los adolescentes a teléfonos inteligentes es del 95 % (aproximadamente), y con esto el acceso a internet podría ocasionar adicción, mayor riesgo de explotación, acoso cibernético, acceso a sustancias ilícitas, juegos en línea, apuestas, solicitudes de contacto por extraños y exposición a comportamientos de riesgo para la salud. También existen riesgos legales al compartir material privado de otras personas.

¿Cómo puede apoyar el uso seguro de las pantallas?

Vivimos en un mundo en el que es necesario el uso cotidiano de las pantallas. Por esto, los padres deben verificar que sus hijos tengan un uso seguro. Se recomiendan temas claves como la supervisión, la seguridad y la moderación. Los padres pueden explorar aplicaciones que limitan el acceso a Internet a sitios apropiados para la edad. Por otra parte, como padre debe fomentar actividades físicas y sociales. Recuerde que Usted puede ser un buen ejemplo para sus hijos a través de un uso responsable y saludable de dispositivos.

¿Qué puede hacer para que su hijo disminuya el tiempo que usa pantallas?

Es evidente que las pantallas se han vuelto herramientas de estudio y trabajo, y por ello deben imponerse límites razonables y concertados. Se puede hacer un plan familiar de redes sociales, establecer momentos y zonas de desconexión; así como mantener consecuencias razonables al incumplimiento de los acuerdos sin olvidar que hay situaciones esporádicas; usted debe dar ejemplo, así su hijo sentirá que está comprometido con alguien que respeta los acuerdos. Identifique si ya se estableció una rutina.

¿Qué le puede ayudar a ser buen ejemplo como padre?

Fíjese límites de tiempo en pantallas, no use el celular mientras se alimenta, comparta con su hijo o participe en actividades familiares, incluso si ver televisión es el plan familiar del momento, comparta los programas que les gusta. No deje pantallas encendidas con música de fondo. Proponga actividades variadas que no involucren uso de dispositivos electrónicos ya que los hijos de padres que usan mucho las pantallas tienen mayor riesgo de usarlas, y al contrario, este riesgo es menor en familias que prefieren actividades diferentes como el deporte, lectura y artes.

¿Se volvieron indispensables?



La pandemia del COVID-19 obligó al trabajo remoto, actividades en línea y mayor uso de estos dispositivos, se limitó la interacción social presencial y se estimuló la comunicación virtual; sin embargo, se ha mantenido el uso al pasar la contingencia global. Esto hace replantear lo que hasta ahora se ha dicho y se enfatiza en hacer un uso responsable de las tecnologías, porque son herramientas que vinieron para quedarse.

¿Qué tienen de bueno las pantallas?

El uso de dispositivos permite la comunicación desde la distancia, acceder y organizar la información, ampliar conocimientos, hay una gama infinita de material educativo, cuentos, música, es vitrina para exponer saberes y habilidades, aumenta fuentes de empleo, ahorra tiempo por trámites en línea; son herramientas de estudio y trabajo, entre muchas otras ventajas. En general, cada avance en este campo surge como solución a un problema; por lo tanto, la premisa sigue siendo: acompañar a los niños y educarlos sobre el uso responsable.

Lecturas Recomendadas:

- <https://www.getparentingtips.com/espanol/preadolescentes-y-adolescentes/salud/como-fijar-limites-saludables-de-tiempo-de-pantalla-para-los-adolescentes/default.asp>
- https://www.youtube.com/watch?v=ysVXR3_fpQA *Enganchados (adictos a internet, móviles...)*

Bibliografía:

1. Directrices sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de 5 años. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
2. Sussman N, DeJong SM. Ethical Considerations for Mental Health Clinicians Working with Adolescents in the Digital Age. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Oct 13;20(12):113.
3. COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA, David Hill, Nusheen Ameenuddin, Yolanda (Linda) Reid Chassiakos, Corinn Cross, Jenny Radesky, Jeffrey Hutchinson, Alanna Levine, Rhea Boyd, Robert Mendelson, Megan Moreno, Wendy Sue Swanson, MBE; Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics* November 2016; 138 (5): e20162592. 10.1542/peds.2016-2592



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

Autores:

Anyela Torres Andrade

Fellow de psiquiatría Niños y del Adolescente, Pontificia Universidad Javeriana.

Pedro Gómez

Médico Psiquiatra, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana

¿Qué son las sustancias psicoactivas?

El término “sustancias psicoactivas” se refiere a sustancias que tienen un impacto en el sistema nervioso central y tienen el potencial de alterar la forma en que una persona piensa, siente o se comporta. Estas sustancias se pueden utilizar para una variedad de fines como el tratamiento médico, la recreación, la relajación o el aumento de la productividad.

¿Cuáles son las sustancias psicoactivas?

Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar en varias categorías según su efecto en el sistema nervioso central. A continuación, se presentan algunas de las categorías más comunes:

- **Estimulantes:** como la cafeína, la cocaína y la anfetamina. Estas sustancias pueden aumentar la energía, la atención y el estado de alerta.
- **Depresores:** como el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas. Estas sustancias pueden disminuir la ansiedad, la tensión y la inhibición.
- **Alucinógenos:** como el LSD, la psilocibina (hongos alucinógenos) y la mescalina. Estas sustancias pueden alterar la percepción y la conciencia, y producir efectos visuales y auditivos.
- **Opioides:** como la heroína, la morfina, la oxiconona y la codeína. Estas sustancias pueden aliviar el dolor y producir sensaciones de euforia.
- **Cannabis:** como la marihuana y el hachís. Estas sustancias pueden producir un estado de relajación y euforia, así como alteraciones en la percepción y la memoria.

Es importante destacar que el consumo de sustancias psicoactivas puede tener riesgos para la salud física y mental, y puede ser adictivo. Por lo tanto, es recomendable asesorarse de personal capacitado.

¿Qué es el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

El trastorno por consumo de sustancias es un trastorno de salud mental que se caracteriza por el uso repetido y problemático de una o varias sustancias psicoactivas. Este se presenta cuando el consumo comienza a interferir en la vida cotidiana de la persona, al afectar su salud, las relaciones interpersonales, trabajo o estudios; puede ser leve, moderado o grave, según la cantidad, frecuencia de consumo y las consecuencias negativas que tenga sobre la vida del niño o el adolescente.

¿Por qué se da el trastorno por consumo de sustancias?

El trastorno por consumo de sustancias puede ser el resultado de una combinación de factores, así:

- **Biológicos:** Las personas con antecedentes familiares de adicción pueden tener un mayor riesgo de desarrollar un trastorno.
- **Psicológicos:** Los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el trastorno de estrés



postraumático pueden aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.

- **Sociales:** La influencia de la familia, los amigos y el entorno social puede influir en el uso de sustancias. Los jóvenes que tienen amigos que usan sustancias tienen más probabilidades de usar sustancias ellos mismos.
- **Ambientales:** como la disponibilidad de sustancias y la falta de acceso a recursos, también pueden contribuir.
- **Del desarrollo:** Los adolescentes y adultos jóvenes tienen mayor riesgo debido a los cambios en el cerebro y la necesidad de explorar y experimentar con nuevas experiencias.

El trastorno por consumo de sustancias puede llevar a la adicción, se previene con educación, apoyo social y requiere un tratamiento dirigido adecuado.

¿Cómo puedo hablar con mi hijo sobre el consumo de sustancias?

Es importante abordar este tema con calma y sin juzgar. Hable sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de sustancias y escuche su opinión. Proporcione información precisa sobre el impacto del consumo de sustancias en la salud y el bienestar.

¿Cómo puedo prevenir el consumo de sustancias en mi hijo?

Fomente un entorno familiar saludable y seguro, con límites claros y consistentes, y un ambiente emocionalmente estable. Esté presente e involucrado en la vida de su hijo y hable sobre los peligros del consumo de sustancias. Hable sobre las consecuencias del consumo de sustancias y la importancia de tomar decisiones saludables y responsables.

¿Cómo sospechar que mi hijo está consumiendo sustancias psicoactivas?

Algunos signos comunes de consumo de sustancias en los adolescentes incluyen cambios en el comportamiento como el patrón de sueño, conductas de robo, cambios del estado de ánimo y cambios en las relaciones sociales y de la apariencia física. Si ha bajado el rendimiento académico, laboral o si deja actividades que solía disfrutar, entre otros.

¿Qué puedo hacer si descubro que mi hijo está consumiendo sustancias?

Busque ayuda profesional para su hijo lo antes posible. Puede hablar con el médico de su hijo, el psico-orientador del colegio o un profesional de salud mental especializado. También puede recomendar a su hijo algún programa de tratamiento especializado para adolescentes que tienen trastorno por consumo de sustancias.

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a mantenerse alejado de las sustancias?

Es importante ayudar a su hijo a desarrollar habilidades y estrategias para manejar el estrés y otros factores desencadenantes. Fomente actividades saludables y sin drogas, como deportes, pasatiempos y actividades sociales positivas. Mantenga abiertas las líneas de comunicación y hable regularmente con su hijo sobre sus preocupaciones.

¿Si mi hijo ha consumido sustancias, será consumidor para toda la vida?

El trastorno por consumo de sustancias puede ser un trastorno crónico, pero esto no significa necesariamente que sea para toda la vida. La recuperación es posible y muchas personas pueden superarlo con el tratamiento adecuado y el apoyo continuo. La recuperación puede implicar una combinación de terapia, medicamentos, apoyo social y cambios en el estilo de vida.

La terapia puede ayudar a identificar el trastorno, abordar las causas y desarrollar habilidades para enfrentar la abstinencia y el estrés. También a mejorar la autoestima y la autoeficacia.

La medicación puede ser útil para aliviar los síntomas de abstinencia, reducir la ansiedad de consumir y mejorar la salud mental en general.



El apoyo social también es importante, ya que puede proporcionar motivación, comprensión y conexión emocional para ayudar en la recuperación.

Es importante recordar que la recuperación del trastorno por consumo de sustancias puede ser un proceso largo y difícil, y que el apoyo continuo es esencial para evitar una recaída. Pero con el tratamiento adecuado muchos niños y adolescentes pueden superar el trastorno por consumo de sustancias y llevar una vida saludable y satisfactoria.

¿Cuáles son las complicaciones del trastorno por consumo de sustancia en niños y adolescentes?

El trastorno por consumo de sustancias puede tener consecuencias graves y duraderas en su salud física, emocional y social. Algunas de las complicaciones en niños y adolescentes incluyen:

- **Problemas de salud física:** incluyen daño al cerebro, hígado, corazón y pulmones. También puede aumentar el riesgo de lesiones, enfermedades y accidentes.
- **Problemas de salud mental:** Puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar o empeorar los síntomas de trastornos mentales existentes.
- **Problemas escolares y laborales:** Puede afectar el rendimiento académico, aumentar el absentismo escolar y disminuir las oportunidades de empleo.
- **Problemas familiares y sociales:** Puede afectar las relaciones familiares y sociales, y conducir a conflictos y aislamiento social.
- **Riesgo de adicción:** Puede aumentar el riesgo de desarrollar adicción a largo plazo.

Es importante buscar ayuda profesional si se sospecha que un niño o adolescente está experimentando problemas relacionados con el consumo de sustancias, ya que el tratamiento temprano puede ayudar a prevenir complicaciones graves a largo plazo.

¿Qué me recomienda si mi hijo consume?

- **Habla con tus hijos:** Tenga una conversación honesta y abierta con tus hijos sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. Escucha sus inquietudes y preocupaciones, y comparte con ellos información veraz y actualizada sobre los riesgos del consumo de drogas.
- **Establece normas claras** en casa con respecto al consumo de drogas y establece consecuencias en caso de no cumplirlas. Asegúrate de que tus hijos adolescentes entiendan las reglas y el porqué de estas.
- **Educa a tus hijos sobre las drogas:** Enséñales los efectos a corto y largo plazo de las drogas en el cuerpo, la mente y la vida social. Discute también las razones por las que algunas personas usan drogas, incluida la presión de grupo y la necesidad de escape de problemas personales.
- **Conoce a los amigos de tus hijos** adolescentes y a sus familias. Esto te ayudará a evaluar el tipo de influencias y comportamientos que pueden estar teniendo tus hijos.
- **Sé un buen modelo:** Si fumas, bebes o usas drogas, es probable que tus hijos adolescentes te imiten. Si estás luchando contra una adicción, busca ayuda para poder superarla.
- **Busca ayuda profesional** si sospechas que tu hijo tiene un problema con las drogas. Un terapeuta puede ayudar a tu hijo a superar la adicción y enseñarles habilidades para evitar futuros problemas.

Recuerda que el consumo de drogas puede ser peligroso para la salud de tus hijos y que es importante tomar medidas preventivas para protegerlos.

Lecturas Recomendadas:

- ¿Estás preparado para cuando tus hijos o hijas se encuentren con las drogas?. Disponible en: <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/184.pdf>



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con trastorno de ansiedad

Autores:

Catalina Walker Álvarez
Fellow de Psiquiatría infantil y del Adolescente, Universidad El Bosque.

Germán Puerta Baptiste
Médico Psiquiatra Infantil, Docente de la Universidad El Bosque.

Los miedos y la ansiedad ocurren normalmente en la vida de todos los seres humanos, en los niños y adolescentes no son la excepción; muchas veces no se les reconoce ni se tratan y pueden conducir a malas relaciones interpersonales, rechazo o matoneo por parte de los compañeros, bajo rendimiento académico y finalmente a un sufrimiento constante.

Antes se pensaba que los trastornos de ansiedad en niños eran un problema raro y de poca importancia. Sin embargo, en los últimos años hemos observado un aumento de estos trastornos en menores, por lo cual es importante que los padres tengan una buena comprensión de la naturaleza, desarrollo y tratamiento de estos problemas. Con la lectura de estas recomendaciones, daremos respuesta a algunas preguntas acerca de la ansiedad, que ayudará a tenerla en cuenta con sus hijos.

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una emoción normal, importante para nuestra supervivencia y funcionamiento. Puede ayudarnos a evitar situaciones que se vuelvan peligrosas y prepararnos para afrontar desafíos. Situaciones estresantes de la vida, por ejemplo, cuando nuestros hijos deben presentar un examen, comenzar el curso en una escuela nueva o hablar delante de un grupo, pueden ocasionar formas normales de ansiedad que ayudan al niño y al joven a prepararse para estos retos. En ocasiones, los niños presentan dificultades para expresar sus emociones, lo cual puede ser negativo en su vida diaria. El miedo, la ansiedad, la tristeza e incluso nuestra capacidad de disfrute son emociones que, si llegan a ser extremas, alteran nuestra capacidad para desenvolvernos.

¿Cuándo podemos decir que nuestro hijo tiene un trastorno de ansiedad?

Cuando la ansiedad se acompaña de las siguientes características:

- Empezamos a notar que la ansiedad en nuestro hijo le genera dificultades en la escuela, familia o con sus amigos.
- Hay evidente sufrimiento emocional y la manifestación de quejas físicas son más intensas y frecuentes. Con frecuencia se preocupa por el futuro y presenta síntomas tales como: dolor de cabeza, dificultad para tragar y respirar, momentos en los que siente latir su corazón muy rápido, tiene dolor en el pecho y en el estómago, sudoración constante y dificultades para dormir.
- La ansiedad es excesiva respecto a la probabilidad de un evento o situación temida. Normalmente, el niño puede preocuparse o pensar que le pase algo malo a sí mismo o a sus padres.
- Las preocupaciones son más intensas, angustiantes y tienen mayor duración.
- Los fenómenos ansiosos son frecuentes.

¿Cuánta ansiedad es “normal” para mi hijo?

Los miedos y preocupaciones en los niños pueden ser comunes y apropiados para su desarrollo. Los bebés se asustan con facilidad y desarrollan un miedo transitorio a los extraños. Los preescolares suelen temer a la oscuridad, a las criaturas imaginarias y a ser separados de sus padres. Los niños



en edad escolar se preocupan por que les pase algo malo, por la muerte o por sucesos naturales como tormentas y terremotos. Los preadolescentes y los adolescentes sienten ansiedad por su rendimiento escolar, por no ser aceptados en un grupo de amigos y por sus problemas de salud.

Los temores en el desarrollo se vuelven problemáticos si no desaparecen con el tiempo o si son tan graves como para que afecten el funcionamiento diario del niño y del adolescente. El psiquiatra o el psicólogo puede distinguir cuándo la ansiedad o timidez es normal en el desarrollo y cuándo se trata ya de un trastorno de ansiedad que obliga a un tratamiento formal.

¿Qué factores pueden estar favoreciendo la ansiedad en mi hijo?

Hay factores que se pueden modificar y otros que no. Dentro de estos últimos, con frecuencia encontramos factores hereditarios o genéticos para los trastornos de ansiedad. Si nuestras familias o nosotros mismos hemos tenido un trastorno de ansiedad, no es tan raro que mi hijo lo tenga. Haber vivido eventos estresantes importantes para el niño como: experimentar pérdidas, períodos largos sin el cuidado de sus padres, vivencias de violencia física o psicológica, etc.; así como mucha sobreprotección en la crianza (por temor a que le ocurra algo malo o haga las cosas mal) o cuando nosotros mismos hemos tenido ansiedad desmedida en situaciones de temor, estos trastornos de ansiedad pueden copiarse. Si nuestro hijo muestra un temperamento negativo y evita riesgos constantemente, puede desarrollar un trastorno de ansiedad.

¿Cuáles son los síntomas que comúnmente puedo encontrar en mi hijo si tiene un trastorno de ansiedad?

Aunque existen síntomas específicos asociados con cada uno de los trastornos ansiosos, hay unos síntomas comunes en la mayoría de los niños afectados:

- Hipervigilancia o estar demasiado atentos: analizan continuamente su entorno para detectar cualquier cosa nueva o diferente.
- Reacción exagerada. Los niños con ansiedad se sienten amenazados por cosas nuevas o diferentes y reaccionan a ellas. Por el contrario, la mayoría de los niños sin trastorno de ansiedad sienten curiosidad y se interesan por lo nuevo.
- Quejas físicas. Dolores de cabeza, miedo a atragantarse, ahogarse o vomitar, dolor en el pecho, quedarse sin aire al respirar, pérdida de apetito, dolor de estómago, acudir de urgencia al baño, sudoración excesiva, tensión muscular, nerviosismo y dificultad para iniciar el sueño nocturno.
- Evitación. Es tal vez la manera más fácil y frecuente de responder del niño ansioso. En lugar de acercarse con curiosidad a una nueva situación, como la mayoría de los niños, aquellos quienes tienen trastorno de ansiedad evitan situaciones que la desencadenan. Evitar algo que es importante para el desarrollo infantil indica que la ansiedad debe ser atendida.
- Aspectos de conducta. Si el niño no es capaz de evitar la situación que le genera ansiedad, puede presentar alteraciones del comportamiento, como negarse a participar, mostrarse muy negativo o tener un ataque de rabia. La ansiedad intensa y estos comportamientos serios resultan muy difíciles de manejar para la mayoría de los padres, que pueden llegar a sentirse incapaces de ayudar al niño.

¿Qué tipo de trastorno de ansiedad puede tener mi hijo?

Hay varios tipos de ansiedad en los niños. Podemos detectarlos si logramos identificar la principal preocupación de nuestro hijo. Un pensamiento constante y un temor intenso sobre la seguridad de los padres, y por esta misma angustia se niega a ir a la escuela o se queja de dolores de estómago frecuentes y otras molestias físicas, o que tiene además preocupaciones por dormir fuera de casa, se observa demasiado apegado a los padres incluso con episodios de pánico o rabietas y problemas para dormir o pesadillas constantes, puede hacer sospechar un trastorno de ansiedad por separación. Si está preocupado, tiene miedo constante a conocer o hablar con la gente, evita situaciones sociales, como fiestas o reuniones, y tiene pocos amigos fuera de la familia, podría tratarse de un niño o adolescente con un trastorno de ansiedad social. Cuando lo



observamos todo el tiempo preocupado por muchas cosas de la vida diaria sin ninguna razón y se afectan varios aspectos de su vida, como su entorno escolar y familiar, nuestro hijo puede estar pasando por un trastorno de ansiedad generalizada. Si deja de hablar con los demás y sólo habla en su casa, debe pensarse en una forma de ansiedad llamada mutismo selectivo.

¿Cómo se puede tratar el trastorno de ansiedad de mi hijo?

No existe un tratamiento único para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. Se deberá seguir un plan de tratamiento individualizado. Hay tres indicaciones importantes: psicoterapia, psicoeducación y medicamentos que deben ser recomendados, formulados y controlados únicamente por el psiquiatra infantil y del adolescente.

La psicoterapia es el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad leve, aquellos que no estén generando mucho conflicto en nuestro hijo. Una forma de psicoterapia ampliamente utilizada y basada en la evidencia es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), realizada por un profesional en salud mental entrenado y autorizado para aplicarla. Psicoeducación quiere decir recibir herramientas útiles por parte de los padres para ayudar a sus hijos, al entender que su trastorno de ansiedad es real, les genera sufrimiento y va a necesitar seguimiento en casa y en la escuela. Cuando los síntomas de ansiedad del niño son severos o ha respondido parcialmente a la psicoterapia, el psiquiatra puede proponer y formular medicamentos.

¿Qué medicamentos le podría formular el psiquiatra a mi hijo con trastorno de ansiedad?

Los fármacos antidepresivos son los más usados en los trastornos de ansiedad en niños. Muchos medicamentos que mejoran los trastornos de ansiedad se utilizaron inicialmente para tratar la depresión y de ahí su nombre. Los antidepresivos más eficaces son los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina, y los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y noradrenalina; tienen efecto en la comunicación entre algunas neuronas del cerebro que ayudan a regular la ansiedad, el ánimo y el comportamiento social. Estos no generan dependencia ni cambiarán la personalidad de su hijo, tampoco producirán sedación que interfiera con las actividades diarias.

¿En cuánto tiempo hace efecto la medicación?

A menudo, comienza la mejoría a las 2 - 4 semanas tras el inicio del tratamiento, con un creciente efecto para las 8 - 12 semanas. Algunos niños y adolescentes mejoran con dosis bajas de antidepresivos y en poco tiempo; sin embargo, en el seguimiento podría indicarse aumento de la dosis para asegurarse de que éste tenga una mayor probabilidad de mejorarse.

¿Qué podemos hacer en casa para ayudar con el trastorno de ansiedad de nuestros hijos?

Si nuestro hijo ya está en tratamiento con profesionales expertos, podemos ayudarlo desde el hogar: crear rutinas para mejorar el sueño, permitir espacios para hablar de emociones e identificar las suyas, con lo cual también serán capaces de manejarlas mejor. Motivar y acompañar en actividades físicas, intentando no sobreprotegerlos. De esta forma, aprenderán a valerse por sí mismos sin depender emocionalmente de terceras personas. Lo más importante es saber que este trastorno de ansiedad es real en el niño, que le genera sufrimiento y que depende en gran medida de la ayuda de sus padres para tratarlo de la mejor manera.

Lecturas Recomendadas:

- <https://childmind.org/es/temas/ansiedad/>
- https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Anxiety_Disorder_Resource_Center/Home.aspx



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con trastorno del espectro autista

Autores:

Diana Carolina Durán Luna

Fellow de psiquiatría infantil y del adolescente, Universidad El Bosque.

Juana Verónica Osorio Vásquez

Fellow de psiquiatría infantil y del adolescente, Universidad El Bosque.

Gimena Correa Pérez

Fellow de psiquiatría infantil y del adolescente, Universidad El Bosque.

Andrés Naranjo Flórez

Neuropediatra, Docente de la Universidad El Bosque

¿Qué es un trastorno?

Es una condición clínica que afecta a una persona en varios ambientes al mismo tiempo e impacta su funcionamiento, con duración de síntomas mayor de 6 meses; esto no se explica por otra causa externa o interna.

¿Qué es el autismo?

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), a menudo llamado simplemente "autismo", es una discapacidad del desarrollo que afecta la forma en que una persona interactúa con el mundo. Se manifiesta con dificultad para comunicarse o comprender a otras personas, comportamientos que son diferentes de cómo actúan las personas sin autismo. Se desconoce la causa del autismo.

¿Qué es espectro?

Es una gama amplia de presentación de una condición desde lo más leve a lo más difícil.

¿Cuáles son los síntomas clave del autismo?

Para ser diagnosticado con autismo, un niño debe mostrar ciertos signos en la primera infancia (0 - 6 años). En algunos casos empiezan a notarse al entrar a la escuela.

Los signos del autismo incluyen problemas en 2 áreas clave:

1. "Interacción social y comunicación social": A menudo tardan mucho más que otros niños en aprender a hablar, o nunca lo hacen. Suelen utilizar otras formas de comunicación como gestos con las manos, expresiones faciales, diferentes tonos de voz, por ejemplo: voz de robot o acento extraño.

Los niños con autismo tienen problemas para relacionarse con otras personas.

Esto podría incluir:

- Problemas para leer las expresiones faciales (sentimientos) de otra persona.
- Evitar el contacto visual.
- No querer ser tocado.
- No querer jugar o interactuar con otras personas.



2. Intereses limitados y comportamientos repetitivos: Tienden a mostrar un interés intenso en ciertas cosas. También suelen repetir los mismos comportamientos. Cada niño es único, no todos los niños con autismo piensan o actúan igual.

Esto podría incluir:

- Estar completamente concentrado en cosas que giran o brillan e ignorar otras cosas, o preocupación excesiva por partes de las cosas (ruedas).
- Estar preocupado por un tema específico.
- Tener rituales que deben seguir al pie de la letra y enfadarse si cambia una rutina.
- Recitar "guiones" de una película, un programa de televisión o una conversación del pasado.
- Repetir ciertos movimientos físicos, como agitar las manos, mecerse o girar.

¿Qué alertas debo tener si creo que mi hijo tiene autismo?

- Evita o no mantiene la mirada a los ojos.
- No responde a su nombre y no hace caras de "niño feliz, triste, enojado o de sorpresa" a los 9 meses de edad.
- No hace o tiene gestos limitados a los 12 meses de edad, como decir adiós con la mano.
- No comparte intereses con otros a los 15 meses de edad (por ejemplo, mostrarle un objeto que les gusta).
- No señalar para mostrarle algo interesante a los 18 meses de edad (por ejemplo, señalar un avión volando).
- No darse cuenta cuando otros están molestos o heridos a los 2 años.
- No interesarse ni juntarse con otros niños en el juego a los 3 años.
- No pretender ser otra cosa, como un maestro o un superhéroe, durante el juego a los 4 años.
- No canta, baila o actúa para usted a los 5 años.
- No ser capaz de saber cuándo alguien está bromeando o siendo sarcástico.

¿Qué comportamientos puede tener un niño con autismo?

- Alinear juguetes u objetos y se enfada cuando se cambia el orden.
- Repetir palabras o frases una y otra vez.
- Jugar con juguetes de la misma manera cada vez.
- Estar enfocado en partes de objetos.
- Molestarse por cambios menores y tener la necesidad de seguir ciertas rutinas.
- Tener intereses obsesivos (por ejemplo, sólo estar interesado en los autos).
- Agitar las manos, balancear el cuerpo o dar vueltas en círculos.
- Tener reacciones inusuales a la forma en que las cosas suenan, huelen, saben, se ven o se sienten.

¿Cómo se trata el autismo?

El tratamiento del autismo depende de la edad del niño, cuáles son sus síntomas y si tiene algún otro problema médico. No tiene cura, pero la terapia y los apoyos adecuados en la escuela



puede ayudarles a mejorar la comunicación, la socialización e independencia; les hará sentirse más cómodos en la interacción con el mundo.

En algunos casos, los médicos pueden recetar medicamentos cuando ya se han implementado apoyos de terapia y educación. Para tratar otras comorbilidades como ansiedad, depresión, alteraciones en la atención y problemas del comportamiento, también hay medicamentos específicos que pueden ayudarles.

La clave es la intervención de un equipo interdisciplinario conformado por diferentes especialidades: Psiquiatras Infantiles, Neuropediatras, Terapeutas ocupacionales, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos y Psicólogos que conocen el caso de su hijo.

¿Cómo podemos apoyar en el desarrollo de habilidades sociales?

Estas habilidades se terminan de desarrollar a los 18 meses de vida, sin embargo, en el niño con autismo suelen demorarse más. Te recomendamos actividades útiles para apoyar este proceso:

- Enseñar el contacto visual: Ponte a su nivel, de cara a ti, en vez de buscar que te mire. No lo obligues a establecer contacto visual.
- Enseñar a señalar: Toma la mano dominante del niño y haz que toque el objeto mientras lo nombras, pueden ser elementos que están justo delante de él. Pídele que lo señale y pregúntale dónde está el objeto. Así aprenderá a tomar decisiones y comunicar lo que quiere con mayor facilidad.
- Enseñar saludos sencillos: Ayuda a que se fijen en otras personas y a reforzar habilidades básicas de imitación.
- Enseñar juegos de fantasía: Jugar es una habilidad social avanzada y hacerlo con otros niños le exige más, para lo que requiere lenguaje expresivo y capacidad imaginativa, motívalo a contar historias. Debe hacerse paso a paso.

¿Por qué es importante el apoyo en el desarrollo del lenguaje y el tiempo de aprendizaje?

Las habilidades del lenguaje son la clave para socializar con otros niños y adultos, para esto puede ayudarle enseñando lenguaje de signos para pedir cosas, luego puede usar lenguaje vocal siguiendo instrucciones paso a paso, e identificar primero sonidos aproximados o palabras simples a medida que mejora habilidades de imitación; a los niños les gustan las tareas visuales, puede apoyarse en fichas de figuras (cartas con dibujos de palabras que quiere enseñarle).

Es necesario instaurar un lugar, elementos y tiempo de trabajo, restringir acceso libre a juguetes, lo que ayuda a tener toda su atención. Guarde los materiales de aprendizaje para que no tenga estos como juguetes que usa repetidamente. Use las felicitaciones y juguetes como refuerzo, le ayudará a mantenerlo motivado e interesado en aprender nuevas habilidades.

¿Por qué es importante conocer sobre la alimentación?

Comer y hablar están íntimamente relacionados y hace parte de la estimulación del día a día, entonces si el niño tiene retraso en el habla, es posible que también tenga problemas para comer.

Suelen ser selectivos con las comidas por sus texturas, olores y colores, tienen especial interés por los carbohidratos, alimentos blancos, procesados y comida crujiente. Otras opciones pueden ser problemáticas; sin embargo, se debe exponer repetidamente al sabor de alimentos que quieras introducir en su dieta. Para que a un niño le guste un alimento específico, debe saborearlo entre 10 a 15 veces distintas.

¿Cómo podemos ayudarle a tener un sueño reparador?

Es frecuente que los niños con autismo tengan problemas de sueño, crear un entorno agradable y seguro con objetos familiares en su habitación hará que la elija sobre otros espacios. Se requieren implementar medidas de higiene del sueño, favorezca la actividad física y restrinja las siestas, señale la hora de acostarse y en este momento evite dispositivos electrónicos. Si hay despertares



nocturnos, se recomienda sea reconducido a su habitación y acompañarle hasta la reconciliación del sueño.

Lecturas Recomendadas:

- Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo (TEA) FEDERACIÓN AUTISMO MADRID. Autoras: María Baratas - Nuria Hernando - M^a Jesús Mata - Lucía Villalba. Disponible en: <https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/07/08.-Guia-de-alimentacion.pdf>
- Estrategias para Mejorar el Sueño de los Niños con Trastornos del Espectro Autista. Una Guía para los Padres de Familia presentado por Autism Speaks ATN/AIR-P. Disponible en: <https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/2018-10/sleep-booklet-spanish.pdf>
- Libro texto: Dale la vuelta al autismo - Autor: Mary Lynch Barbera (2022)

Bibliografía:

1. Masi, A., Quintana, D., Glozier, N. et al. Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 20, 440–446 (2015). <https://doi.org/10.1038/mp.2014.59>

Von Hahn E., Augustyn M. Patient education: Autism spectrum disorder (Beyond the Basics). In: UpToDate . (Accessed on March 23, 2023.)



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con trastorno de la conducta alimentaria

Autores:

Daniel Jaramillo

Fellow de Psiquiatría Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Diana Beltrán Melo

Psiquiatra infantil y del adolescente, Docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

El acto de comer va más allá de sólo nutrirse; es un proceso emocional, familiar, social y cultural. Tendrá relación con el autocuidado, la percepción de la imagen corporal, la autoestima y se convertirá en una forma de comunicación. Todas estas características convierten la alimentación en un blanco para padecer una enfermedad mental. Se conoce que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son frecuentes en niños, se encuentra en 8 de cada 10 menores, puede iniciar entre los 10 a 12 años y se pueden presentar durante toda la vida. En los últimos 10 años se ha duplicado su aparición, sus consecuencias incluyen graves daños a la salud e incluso la muerte, suelen acompañarse hasta en el 80 % de los casos de enfermedades como la depresión, ansiedad, obsesiones, consumo de sustancias e ideación suicida.

Debido a lo problemático, riesgoso y complejo de los TCA, todas las estrategias de tratamiento implican a la familia como el recurso más valioso para su intervención.

¿Qué mitos hay alrededor de los TCA?

- **“No comen porque no quieren, eso no es una enfermedad”**: No. Los TCA provocan un intenso sufrimiento a la persona afectada y a su entorno más cercano. Su origen es multifactorial e intervienen determinantes de tipo individual, familiar y social. Hay personas más vulnerables, pero nadie elige tenerlos.
- **“Es sólo una moda”**: Es conocida la importancia que se otorga a la imagen corporal y a los estándares de belleza, así como los medios de comunicación y la virtualidad transmiten estos ideales en muchas ocasiones erróneos y poco realistas; los niños suelen incorporar con gran facilidad dichos estándares, así que se debe estar atento a identificar hábitos como las dietas estrictas y el ejercicio excesivo, regular la información a la que acceden y sobre todo no reforzar estos estándares, además de alentar estilos de vida donde prime mantenerse sano.
- **“Eso de no comer no es nada grave”**: Los TCA están entre las 3 enfermedades crónicas más frecuentes entre los adolescentes. El grave deterioro físico que conlleva la malnutrición hace que su nivel de mortalidad esté por encima de otras enfermedades mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.
- **“Eso es sólo para verse flacos”**: No. Es claro que las personas que padecen un TCA tienen una percepción anómala de su figura corporal, donde se da una valoración excesiva al peso y sobrelleva una serie de pensamientos que generan malestar y exigen mantener reglas estrictas para no ingerir alimentos, compensar su ingesta o períodos donde se pierde el control sobre ello por lo que ingieren grandes cantidades de comida.
- **“Las personas que tienen un TCA siempre están extremadamente delgadas”**: En la anorexia la restricción de la comida sí conlleva una pérdida significativa de peso. Pero las personas que tienen otros trastornos de la conducta alimentaria pueden presentar un peso normal, sobrepeso e incluso obesidad.
- **“Cuando una persona con TCA ha recuperado el peso, está curada”**: Aunque el signo que más llama la atención y preocupa es el bajo peso, los TCA van mucho más allá de los cambios de peso. Tiene implicaciones emocionales, psicológicas y relacionales que si no se solucionan no se tendrá un control de la enfermedad.



¿Qué conductas de mi hijo me deben hacer sospechar un TCA?

- Evita alimentos que antes disfrutaba y comía con tranquilidad.
- Siente culpa, vergüenza o angustia por comer alimentos "poco saludables o prohibidos".
- Ha eliminado grupos completos de alimentos (ej. harinas, las carnes, los azúcares).
- Refiere querer o cambiar de dieta de forma repentina sin pertenecer ésta a su entorno cultural (ej. de un día a otro querer ser estrictamente vegetariano, o probar dietas con ayunos prolongados).
- Se aísla y evita actividades sociales, especialmente las que incluyen comida.
- Se pesa de forma recurrente, se angustia con el resultado o se niega a pesarse.
- Se mira de forma excesiva al espejo.
- Usa muchas prendas o prendas grandes.
- Está buscando información sobre dietas, pérdida de peso o se une a grupos donde este sea el tema central.
- Realiza ejercicio excesivo o menciona querer compensar lo que comió con el ejercicio.
- Cuenta calorías frecuentemente o usa de forma muy estricta aplicaciones en su celular para este fin.
- Modifica comportamientos que rodean el acto de comer: esconder comida, empujar el plato, desmenuzar la comida, jugar con la comida o quedarse de último.

¿Cómo puedo abordar el tema?

- Aprenda todo lo posible acerca de los TCA, le ayudará a entender a qué se está enfrentando.
- Mantenga con firmeza su deseo de acompañar, apoyar y validar a su hijo con sospecha de un TCA.
- Pregúntese ¿cómo es su estilo de alimentación?, ¿cuáles son sus creencias, exigencias y sus estándares estéticos y de autoestima?, ¿qué tanto se han incorporado estas creencias en su familia?
- No haga juicios de valor ej. "lo tienes todo, eres muy bonita, tu cuerpo es perfecto, estás muy gorda, ¿te vas a comer todo eso?", trate de conectar de manera muy genuina con su hijo, valide y entienda el significado y la molesta sensación del síntoma para su hijo.
- Recuerde que los sentimientos que hay detrás del trastorno alimentario pueden ser muy difíciles de expresar. Intente ser paciente y escuchar lo que quieren decir.
- Escoja sus palabras de una manera muy sabia, a pesar de la frustración, el enojo o el malestar que sienta, confrontar no es algo que pueda ayudar a su hijo.
- No se ofenda si el niño no se abre a usted de inmediato y no le guarde rencor por ser introvertido. Esto se debe a su enfermedad, no a la relación con usted.
- Su hijo puede parecer enfadado y agresivo, pero recuerde que en realidad puede sentirse asustado e inseguro.
- Ofrezca ¿cómo? y ¿en qué? usted podría ayudarlo.
- Recuerde que ignorar, normalizar o acomodarse a las conductas alimentarias anómalas sólo las mantienen en el tiempo o empeoran el curso de la enfermedad.
- Busque ayuda profesional, hay equipos de salud integral, médicos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y terapeutas familiares entrenados para poder diagnosticar, determinar el estado



de salud y brindar estrategias de intervención basadas en la evidencia para ayudar a su hijo.

¿Qué puedo hacer para lidiar con esto en el momento de la comida?

- Evite culpar, amenazar, juzgar, enfadarse o ser complaciente, pues son estrategias poco efectivas para ayudar a su hijo.
- En casa y entornos de su hijo durante la alimentación, eviten hablar sobre el tamaño de las porciones, las calorías o el contenido de grasa.
- Establezca horarios para comer amablemente en familia.
- Sea paciente y atento, confíe en que su hijo lo logrará.
- Tenga paciencia con los pensamientos erróneos de su hijo, estos llevan a que se sienta muy ansioso y terminarán en una respuesta de rechazo a los alimentos ej. “soy muy gorda, soy una ballena, si me como esto seré asquerosa” o conductas de chequeo como “contar calorías, hablar de lo grande de la porción, o de que no le gusta ninguno de esos sabores”. Esto retará su paciencia, prepárese y reconozca las emociones que le producen sin dejarse dominar por estas.
- Acompañe con amabilidad el tiempo de alimentación: valide físicamente con una palmada en la espalda, un gesto de aprobación o puede tomar su mano.
- Recuérdele a su hijo que usted entiende que está en un momento de mucho malestar, pero que le acompañará para estar sano.
- Evite ser complaciente preguntando qué desea comer, o hacer ajustes a las porciones y dietas o mucho menos ofrecer alimentos o preparaciones bajas en calorías.
- Al principio se encontrará con mucha dificultad para intentar ser efectivo en su acompañamiento, no se desespere y repita la acción las veces que sea necesario.
- Una actividad en familia después de la comida, como un juego o ver la televisión, puede ayudar a su hijo para desviar la atención de las ganas de purgarse o de hacer ejercicio en exceso.
- Siga al pie de la letra todas las recomendaciones individualizadas para el caso de su hijo por parte del equipo en salud mental tratante, así asegurará brindar todas las estrategias farmacológicas y terapéuticas para su bienestar.

Lecturas Recomendadas:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿qué son y por qué los adolescentes son tan vulnerables a padecerlos? Instituto colombiano de Bienestar Familiar. 2020
- Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de colegios públicos de Pereira. Moreno-Gutiérrez Paula Andrea, Ochoa-Orozco Sergio Andrés. 2016.

Bibliografía:

- 1.The Effects of a Multiple Family Therapy on Adolescents with Eating Disorders: An Outcome Study. Zoe Gelin, Silvana Fuso et al. 2014.
- 2.The evidence base for Multiple Family Therapy in psychiatric disorders: a review. The Maudsley model is a valuable treatment for adolescent anorexia nervosa. Zoe Gelin, Solangel Cook-Darzens, Stephan Hendrick. 2017.
- 3.Eating disorders. Pamela K. Keel. 2 ed. Oxford University Press, 2017.



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Autores:

Jorge Guillermo Soto Vega

Fellow de Psiquiatría Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Juan David Palacio Ortiz

Médico Psiquiatra Infantil, Docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta significativamente el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional de los niños y adolescentes.

Los padres deben buscar ayuda para el diagnóstico, acompañar en el tratamiento, y guiar a sus hijos en las intervenciones que requieran. Para ese acompañamiento es necesario que los padres también garanticen su propio bienestar físico y emocional; existen estrategias y programas de asesoría y entrenamiento a los padres que pueden ser recomendados por el psiquiatra infantil.

Es importante recordar que el TDAH es un trastorno complejo por lo que es fundamental contar con un equipo de profesionales, conformados por psiquiatra infantil y psicólogo infantil para desarrollar un plan de tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades específicas de cada niño/ adolescente y su familia.

En las próximas líneas compartimos algunas recomendaciones médicas y psicológicas para los padres que tienen un hijo con TDAH, a partir de preguntas comunes que hemos escuchado durante las consultas.

¿Qué tipo de medicamentos existen para tratar el TDAH?

Existen dos familias de medicamentos que han mostrado utilidad para el tratamiento del TDAH: estimulantes y no estimulantes. Dentro de la primera familia encontramos al conocido Metilfenidato y a la Lisdexanfetamina, mientras que en la segunda a la Atomoxetina.

¿Cómo funcionan estos medicamentos en el cerebro de mi hijo?

Estos medicamentos ayudan a mejorar el funcionamiento del cerebro, específicamente en áreas que se relacionan con la atención y el control de impulsos. Los estimulantes aumentan la actividad de Dopamina y Noradrenalina en el cerebro, mientras que los no estimulantes lo hacen específicamente con la Noradrenalina.

Cada medicamento tiene unas particularidades que hacen que sea necesario tomarlo en horarios específicos determinados por el psiquiatra infantil. Para lograr este objetivo es recomendable contar con alarmas y recordatorios didácticos, además de la supervisión de los padres y ayuda del colegio.

¿Cuál es el mejor medicamento para mi hijo?

Son varios los factores que influyen en la elección del mejor medicamento para el tratamiento del TDAH en su hijo. Se debe tener en cuenta la información obtenida en una historia clínica completa que incluye antecedentes, datos de síntomas actuales y en casos puntuales un examen físico y algunos estudios adicionales. Es el psiquiatra infantil quien, con toda esta información, le recomendará el medicamento más adecuado y lo decidirán en conjunto durante la atención.

¿Cuáles son los efectos secundarios comunes de los medicamentos para el TDAH?

Los efectos secundarios que se presentan con mayor frecuencia son disminución del apetito, insomnio, dolor de cabeza y dolor de estómago. Con menos frecuencia algunos niños y adolescentes presentan ansiedad o cambios de humor. Siempre es necesario informar al psiquiatra infantil si su



hijo presenta alguno de esos síntomas para revisar la dosis o la necesidad de cambios. También es útil llevar un registro de síntomas y cambios comportamentales de su hijo para analizarlos en las consultas de seguimiento.

¿Hay algún riesgo de adicción o abuso con estos medicamentos?

Los medicamentos para el tratamiento del TDAH usados en la forma indicada por el profesional tienen bajo riesgo de adicción o abuso, es decir, el medicamento correcto, a la dosis indicada y por el tiempo estipulado. Por eso es fundamental seguir al pie de la letra las instrucciones que da el médico durante la consulta.

¿Cuánto tiempo tardará mi hijo en sentir los beneficios de los medicamentos?

El tiempo de respuesta a los medicamentos es variable en cada persona, y depende de la familia de medicamentos que se usen. En el caso de los estimulantes, los beneficios como mejoría de la atención y comportamiento se pueden ver en las primeras semanas; mientras que con los no estimulantes la respuesta puede tardar entre 1 y 2 meses mientras se alcanza la dosis y concentración adecuadas.

¿Cómo se determina la dosis correcta de medicamentos para mi hijo?

Generalmente la dosis correcta del medicamento elegido se determina a partir de los beneficios que se vayan observando, es decir, se empieza con dosis bajas y aumentos lentos para vigilar que el medicamento sea bien tolerado por el cuerpo, y cuando se logre respuesta se detiene el aumento. Sin embargo, una guía matemática a través del peso corporal de su hijo permite minimizar el riesgo de efectos secundarios y garantizar la efectividad del tratamiento. Es importante tener claro que la dosis que inicialmente muestre beneficios no va a ser necesariamente la misma durante todo el tratamiento y esto se explica por el crecimiento en proceso de su hijo.

¿Mi hijo necesitará tomar medicamentos para siempre?

La duración del tratamiento depende del criterio médico del psiquiatra infantil, la respuesta a los medicamentos e información que suministren. Algunos niños y adolescentes pueden requerir tratamientos indefinidos o de largo plazo, y otros por un par de años; esa información debe quedar clara desde el inicio del tratamiento para no tener falsas expectativas.

Cabe aclarar que es seguro tomar medicamentos para el TDAH a largo plazo siempre y cuando se sigan las instrucciones del psiquiatra infantil y se vigilen regularmente los efectos benéficos y secundarios del medicamento.

¿Durante el tratamiento mi hijo puede tomar otros medicamentos?

Es fundamental que usted como padre informe al psiquiatra infantil los medicamentos que su hijo está tomando, incluidos los más comunes y terapias alternativas. Algunos pueden interactuar con los medicamentos para el TDAH y causar efectos secundarios no deseados o disminuir la efectividad del tratamiento. En caso de ser necesario, el psiquiatra infantil puede ajustar las dosis de los medicamentos para garantizar su efectividad y evitar síntomas indeseados.

Además de los medicamentos, ¿puedo implementar dietas, suplementos o cambios en el estilo de vida que puedan ayudar a mi hijo a manejar los síntomas del TDAH?

Las dietas y los suplementos nutricionales no han demostrado científicamente ser tratamientos adecuados para el TDAH. Sin embargo, es posible llevar un plan de alimentación saludable que incluya los nutrientes necesarios para que su hijo tenga energía y concentración.

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a reducir los síntomas del TDAH en algunos niños y adolescentes. Estos cambios incluyen asegurarse de que su hijo tenga suficiente actividad física, cursos extractase, sueño adecuado y tiempo de calidad con la familia.

¿Cómo puedo manejar mi propio estrés como padre de un niño con TDAH?

Los padres deben cuidar su propia salud mental y bienestar. El profesional de salud mental puede



proporcionarle técnicas para ayudarlo a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con la crianza del niño con TDAH. También puede sugerirle grupos de apoyo para padres de niños con este trastorno.

Busque la ayuda de un profesional médico. Su hijo debe ser evaluado por un profesional con experiencia en TDAH para determinar el mejor plan de tratamiento. Por último, es importante recordar que el TDAH es un trastorno complejo y cada niño es único. Trabaje con un equipo de profesionales como psiquiatras de niños y adolescentes y psicólogos, entre otros, para desarrollar un plan de tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades específicas de su hijo.

Lecturas Recomendadas:

- T
- "Distraído, Impulsivo, Hiperactivo. Cartilla sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Encontrarla en el siguiente enlace:

https://www.researchgate.net/publication/369971550_Distraido_Impulsivo_Hiperactivo_Cartilla_sobre_Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_e_Hiperactividad

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Guía para familias sobre el medicamento. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Es una cartilla en Español para padres escrita por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Encontrarla en el siguiente enlace:

https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resource_centers/resources/med_guides/ADHDSpanishMedicationGuide-web.pdf

Bibliografía:

1. Palacio, JD. Hidalgo, C. y Gomez, A. Cap 56. Mitos y realidades sobre el tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. en: "Psiquiatría Infantil" Fundamentos de Medicina. Editor Palacio-Ortiz, JD. 2da ed. Fondo Editorial CIB. Medellín-Colombia, 2022. p: 921-932.



Recomendaciones del Psiquiatra Infantil para padres con hijos con trastorno obsesivo compulsivo

Autores:

Stefanie Roa Luna
Fellow Psiquiatría Infantil, Pontificia
Universidad Javeriana.

María Mercedes Ospina Jaramillo
Médica Psiquiatra Infantil, Docente
Pontificia Universidad Javeriana.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que son tan graves como para provocar pérdidas de tiempo y deteriorar la actividad general. Se diferencia de las preocupaciones y rituales normales (ej. de ir a la cama) por ser excesivos, persistir más allá de lo apropiado para su edad, por el nivel de malestar que le producen al niño y por deteriorar su rendimiento escolar o sus relaciones.

¿Qué son las obsesiones y las compulsiones?

Las obsesiones son ideas que se repiten y no se van del pensamiento (ej. dudas), imágenes (ej. verse enfermo) o impulsos (ej. de encontrar orden) que generan rechazo y malestar. Para los niños puede ser diferente por su menor capacidad para reconocer los síntomas y su descripción se parece más a sensaciones (ej. sentir grasa en sus manos), sentimientos o necesidades incómodas (ej. por la forma en que algunos objetos están colocados en una estantería). Los pacientes intentan ignorar o eliminar estas obsesiones a través de las compulsiones que pueden ser mentales (ej. contar mentalmente) o a manera de acciones o rituales (ej. lavar, revisar). En un paciente con TOC estas obsesiones y compulsiones ocupan usualmente más de una hora cada día.

¿Por qué da el TOC?

No existe una causa única para que se dé el TOC, por lo que preferimos hablar de la suma de factores de riesgo como, por ejemplo: tener familiares con síntomas obsesivo-compulsivos, compromiso intelectual, dificultades para ver, moverse o psicológicas, la presencia de otra enfermedad psiquiátrica, y dificultades alrededor del embarazo o nacimiento, entre otras.

¿El TOC es para toda la vida?

La mayoría de los casos de TOC empieza antes de los 18 años y en especial aparece entre los 7 y 12 años. En sí, los psiquiatras entendemos que es un trastorno que se repite y que requiere tratamiento a largo plazo y en la mayoría de los casos responden bien al tratamiento. Si el TOC se reconoce y se trata en edad temprana puede tener un mejor desenlace, por lo que es importante buscar ayuda apenas se sospeche.

¿Cómo se puede tratar el TOC?

La principal herramienta es la terapia de múltiples enfoques, aunque también, los medicamentos y la educación a las familias y sus medios. Los fármacos y la terapia cognitivo conductual (TCC) han demostrado su seguridad y beneficio para tratar la enfermedad.

¿Cómo funcionan las terapias?

Hay múltiples orientaciones que pueden usarse en la terapia y deben ser dirigidos por un especialista. Por ejemplo, en la TCC, el procedimiento ayuda a reducir la asociación entre las obsesiones y las compulsiones, y el malestar que conlleva al ser expuesto gradualmente con los objetos, personas o situaciones temidas. Reconocer la influencia de sus pensamientos, creencias en su conducta y ofrecer estrategias para aplazar o eliminar las compulsiones. También le da confianza al paciente acerca de poder manejar su enfermedad.



¿Cómo funcionan los medicamentos?

Los medicamentos para el TOC ayudan a mejorar la función cerebral en áreas que se relacionan con la ansiedad y el autocontrol, al regular la actividad de la serotonina y norepinefrina en el cerebro, mientras que otros medicamentos actúan en el funcionamiento de la dopamina. La serotonina, norepinefrina y la dopamina son neurotransmisores que se encuentran implicados en la aparición de los síntomas.

¿Cuál es el mejor medicamento para mi hijo?

La elección depende de su historial médico, sus síntomas y cualquier otra enfermedad que pueda tener. El psiquiatra infantil puede evaluar y determinar cuál puede ser mejor. Usualmente se empezará con dosis bajas para reducir el riesgo de aparición de efectos secundarios, y se continúa aumentando hasta obtener algún beneficio.

¿Cuáles son los efectos secundarios comunes?

Se pueden incluir náuseas, diarrea, insomnio, la sensación de boca seca, fatiga y mareo. En algunos pocos casos, los pacientes presentan ansiedad y temblor. Suelen ser transitorios, sin embargo, es importante informar al médico si su hijo experimenta algún efecto secundario para que puedan ajustar la dosis o el medicamento, o realizar algún cambio.

¿Hay algún riesgo de adicción con estos medicamentos?

Los medicamentos para el TOC no tienen un riesgo de adicción o abuso cuando se usan correctamente. Es importante seguir las instrucciones del médico y tener un seguimiento por su psiquiatra durante el tratamiento.

¿Qué hacer si mi hijo no mejora?

El psiquiatra evaluará la respuesta tras un par de semanas de la toma del medicamento o la asistencia a terapia de forma juiciosa. Si nota falta de respuesta en su hijo, puede ajustar la dosis o cambiar el medicamento para mejorar la efectividad o combinar las dos formas de tratamiento.

¿Cómo puedo asegurarme de que mi hijo esté tomando la dosis correcta de medicamentos en el momento adecuado?

Es importante seguir las instrucciones del médico sobre las dosis y los horarios del medicamento. También puede ser útil utilizar una alarma o recordatorio para asegurarse de que su hijo tome el medicamento en el momento adecuado o incluso asociarlo a una rutina ya establecida para reducir la posibilidad de olvidar tomarlo.

¿Mi hijo puede tomar otros medicamentos durante el tratamiento para TOC?

Usted debe informar al psiquiatra infantil los medicamentos que su hijo está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre y remedios naturales. Algunos pueden interactuar con los medicamentos para el TOC, causar efectos secundarios no deseados o disminuir la efectividad del tratamiento. El psiquiatra infantil ajustará la dosis para evitar interacciones entre los medicamentos.

¿Mi hijo necesitará tomar medicamentos para siempre?

La duración del tratamiento dependerá de cada caso, aunque en la mayoría de los casos el tiempo mínimo de uso es de 12 meses. Algunos niños pueden necesitar medicamentos por un período mayor. El psiquiatra infantil puede discutir un plan de tratamiento que sea adecuado para su hijo.

¿Es seguro tomar medicamentos para el TOC a largo plazo?

Sí, es seguro siempre y cuando se sigan las instrucciones del médico y se revisen regularmente los efectos del medicamento en el niño.



¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?

Hay muchas formas en que las familias contribuyen a mejorar el malestar de la enfermedad. Los pacientes tienen a menudo vergüenza o culpabilidad por sus síntomas y un diálogo abierto en casa con compasión ayuda a disminuirlos.

Por otro lado, los padres favorecen o participan en la sintomatología obsesiva-compulsiva y la aceptación familiar facilita el mantenimiento de los síntomas y se asocia a peores resultados si por ejemplo responden de manera repetitiva a las preguntas relacionadas con la duda; no limitan el tiempo empleado en un ritual de lavado interminable o cuando colaboran con el niño en los rituales de acumulación.

¿Cómo puedo manejar mi propia angustia como padre de un niño con TOC?

Usualmente toda la familia se beneficia de grupos de apoyo para afrontar el trastorno, manejar el estrés de la crianza, intercambiar experiencias, discutir cómo otros manejan los síntomas y aprender más sobre el trastorno.

Es importante recordar que el TOC es un trastorno complejo y cada niño es único. Trabaje con un equipo de profesionales psiquiatras de niños y adolescentes y psicológicos con experiencia en el campo para desarrollar un plan de tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades específicas de su hijo.

Lecturas Recomendadas:

- <https://kidshealth.org/es/parents/ocd.html#:~:text=Las%20personas%20con%20TOC%20sienten,o%20correctas%20de%20alguna%20manera>.
- <https://childmind.org/es/articulo/los-ninos-y-el-toc-el-papel-de-los-padres-en-el-tratamiento/>.

Bibliografía

1. Alvarenga PG, Mastroso RS, Rosário MC. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Niño y el Adolescente (Revert L, Irrázaval M, Martín A, ed. Villegas R, Placencia P, Alda J.A. Cox P trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
2. Zolof (sertraline) dosing, indications, interactions, adverse effects, and more [Internet]. <http://reference.medscape.com>. 2023 [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/drug/zolof-sertraline-342962>



Recomendaciones del psiquiatra infantil para padres con hijos con trastorno opositor desafiante

Autores:

Jeimmy Paola Penagos

Fellow Psiquiatría Infantil, Universidad del Bosque.

Katty Vélez Ascanio

Fellow Psiquiatría Infantil, Universidad del Bosque.

Rafael Miranda Jiménez

Psiquiatra Infantil. Universidad del Bosque.

El trastorno opositor desafiante (TOD) o también conocido como el trastorno negativista desafiante, es una alteración del comportamiento que se caracteriza por un enfado frecuente, irritabilidad constante, rebeldía y una actitud desafiante, hostil o vengativa hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Esto afecta negativamente el área social, emocional, educativa de los niños y sus familias, por lo cual ofrecemos unas recomendaciones para los padres de niños que lo presenten:

¿Quién puede evaluar a un niño con TOD?

La evaluación del trastorno debe realizarse por un equipo multidisciplinario que está compuesto por un psiquiatra infantil, un psicólogo o un pediatra entrenados en el tema, quienes serán de gran ayuda e indiquen los pasos a seguir.

¿Cómo se sabe si mi hijo(a) tiene TOD?

El diagnóstico se basa en la información que los padres aporten, además de los reportes de profesores y otros adultos con los que el niño interactúe. Se requiere de una valoración con historia clínica donde se preguntarán aspectos que puedan influir en la manifestación de síntomas y se descartarán otras posibilidades.

¿Mi hijo tendrá TOD toda la vida?

Los niños adecuadamente tratados y padres entrenados en acompañarlos pueden mejorar muchos de los síntomas o manifestaciones de este trastorno con lo que pueden alcanzar un funcionamiento más apropiado.

¿Es posible que mi hijo tenga otro trastorno además del TOD?

Sí, en ocasiones el niño puede presentar otras afecciones de salud mental como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), entre otros; por lo cual el psiquiatra infantil deberá valorarlo. También es importante entender que su hijo(a) con un TOD puede derivar a otros problemas como bajo rendimiento académico, problemas legales, trastornos por consumo de sustancias e incluso conductas suicidas o autolesiones.

Es que mi hijo(a), tiene un amiguito(a) que es igual, ¿Será que lo está imitando? ¿le prohíbo la amistad con él o ella?

Los niños con este trastorno usualmente tienen más problemas con sus compañeros o niños de la misma edad o similar, en ocasiones son rechazados y pueden buscar relacionarse con niños con problemas de conducta o síntomas similares, debe explorarse qué motiva a su hijo(a) y qué le identifica para seleccionarlo como amigo(a). Contrario a restringir su amistad, debe favorecer conductas que permitan su adaptación social, ofrezca alternativas y a partir de la experiencia replantee otras formas de abordar situaciones que ya fueron problemáticas para su hijo(a).



¿Es genético?

No se conoce con exactitud la causa del TOD, sin embargo, dentro de las posibles explicaciones hay factores genéticos y ambientales que influyen, pero también se deben tener en cuenta la personalidad, el carácter del niño y situaciones como problemas de crianza, el maltrato o la violencia, que hacen más frecuente este tipo de manifestaciones.

¿Los golpes lo corregirán?

No, precisamente cualquier tipo de maltrato podría no solamente mantener esta conducta en el niño, sino también empeorarlo, puesto que le está enseñando que con agresiones puede resolver sus problemas.

¿Si lo meto a un internado, con eso aprenderá?

El manejo debe realizarse en el medio usual del niño; alejarlo de este ambiente podría generar un mayor estrés y aumentar los síntomas porque así es como ha aprendido a afrontar situaciones hasta el momento; enséñele otras estrategias desde casa.

¿Qué puedo hacer para que me haga caso?

- Dar órdenes sencillas y claras.
- Jerarquización: Evitar la inversión de roles (él no manda, siempre tiene que pedir el favor, debe aprender a esperar hasta que los padres puedan hacer lo que él desea).
- Evitar la horizontalización de la relación. (Establecer límites claros, no ponerse al mismo nivel del niño, no discutirle, si no obedece la consecuencia negativa, ignorarlo).
- Desarrollo de la autonomía: No sobreproteger (no hacer las cosas que él debe hacer solo).
- Premio y castigo sistemático (siempre y por todos los adultos que lo rodean); premiar favorece la autoestima, por lo que puede reconocer los logros, abrazarlo(a), felicitarlo(a).
- Castigo cuando falte a algún valor (respeto, honestidad, obediencia, responsabilidad, etc.); desapruébe la conducta no deseada, puede expresar el malestar que la acción le generó; es importante que su hijo(a) reconozca que cometió un error, pida excusas, repare el daño y reflexione sobre lo sucedido.

¿Cuál sería el mejor tratamiento?

Los tratamientos dependen de lo que el niño necesite, usted puede recibir un entrenamiento para manejar las situaciones en las que se presenten estas conductas; se enseña a identificar aquellas que son problemáticas, aprender técnicas de castigo, reparación y refuerzo o "premio" que disminuyen comportamientos no deseados y aumentan las conductas que espera de su hijo(a). Debe incluir a varias profesiones y no hay un tratamiento "mágico" ni inmediato.

¿Hay medicamentos que lo traten?

No hay medicamentos indicados específicamente para el TOD, debe evaluarse otros trastornos que estén simultáneamente como la depresión, ansiedad o el TDAH, pues tratarlos con medicamentos indicados ayuda al niño con TOD. Es necesario la evaluación médica para descartar otras condiciones que se estén manifestando con estos síntomas. Esto debe ser validado con el psiquiatra con el que esté en seguimiento.

¿Hay tratamiento que no sea con medicamentos?

Hay varias terapias realizadas por profesionales entrenados, dentro de las cuales está la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que le enseña al niño cómo actuar ante situaciones que puedan estresarlo y le da herramientas para abordarlas de la mejor manera. Puede hacerse individual, familiar y grupal según la necesidad. Estas buscan aumentar las interacciones positivas entre padres e hijos, enseñan habilidades a los padres para poner límites al controlar las malas conductas y aumentar los comportamientos deseados de su hijo(a).



¿Qué recomendaciones puedo llevar al colegio de mi hijo?

Lo más importante, cuando se trata de corregir conductas no deseadas, es hacerle saber al niño que lo que se rechaza es el comportamiento y no a él como persona. Y por supuesto, evitar el etiquetamiento que puede perjudicar aún más al niño.

- Reconocer las conductas adecuadas y mantenerlas.
- Apoyar las habilidades que puedan favorecer la resolución de conflictos.
- Prevenir el comportamiento que pueda llegar a ser problemático, y retroalimentar cuando este suceda.
- Evitar que las conductas problemáticas se mantengan y aumenten.
- Explorar y descubrir cómo el niño percibe las reglas y las figuras de autoridad.
- Promover el cumplimiento de las reglas del aula.
- Estimular la confianza del niño a través del contacto visual, la escucha activa.
- Reconocer y premiar las conductas adecuadas o esperables.
- Ignorar los comportamientos no deseados.
- Ayudar al niño a restaurar su autoestima.
- Siempre es más efectivo premiar los comportamientos esperables, que castigar aquellos que no deseamos. La aplicación inmediata de la recompensa es fundamental.
- Establecer y escribir cuáles son las conductas aceptables y cuáles inaceptables para evitar arbitrariedad.
- Ayudar al niño a identificar los sentimientos que le producen unas conductas y otras.
- Identificar los desencadenantes de los sentimientos de enojo del niño.

Lecturas Recomendadas:

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/oppositional-defiant-disorder/symptoms-causes/syc-20375831>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/oppositional-defiant-disorder/diagnosis-treatment/drc-20375837>
- <https://www.psicoayudainfantil.com/trastorno-negativista-desafiante/>



Sección V

Trabajo en equipo



¿Por qué debemos trabajar en equipo en Latinoamérica?

Autor:

Juan David Palacio-Ortiz

Docente Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Introducción

La prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes ha aumentado en varios países, lo que ha generado la necesidad de abordar tempranamente estos trastornos de manera multidisciplinaria y con el trabajo en equipo de diversos profesionales de la salud mental. Estos trastornos son complejos y su presentación clínica depende de factores genéticos, ambientales y de la relación con la familia y el ambiente escolar. Abordarlos tempranamente puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los jóvenes afectados, prevenir complicaciones a largo plazo y reducir costos en salud.

Es fundamental la colaboración entre profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, neuropediatras y psiquiatras infantiles para garantizar un abordaje integral de los trastornos mentales. El trabajo en equipo es esencial para abordar trastornos que son comórbidos, precipitados y mantenidos por múltiples factores. En resumen, abordar tempranamente los trastornos mentales en niños y adolescentes de manera multidisciplinaria y con el trabajo en equipo de diversos profesionales es fundamental para garantizar una buena salud mental y calidad de vida en la población juvenil.

La salud mental infantil

La salud mental infantil es un tema que ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, y con razón. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad en todo el mundo, y muchos de estos trastornos comienzan en la infancia o la adolescencia. Por esto es fundamental abordar estos trastornos de manera temprana para prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los jóvenes afectados.

Los trastornos mentales son complejos y pueden tener múltiples causas, algunos trastornos pueden tener una base genética, mientras que otros pueden ser desencadenados por factores ambientales, como el estrés o el trauma. Además, muchos trastornos mentales pueden presentarse con comorbilidades (en conjunto con otros trastornos o condiciones médicas), lo que complica aún más su abordaje.

Por ello es fundamental abordar estos trastornos de manera integral, a través del trabajo en equipo de diversos profesionales. Los profesionales de la salud mental pueden colaborar entre sí para proporcionar un abordaje completo y personalizado para cada niño o adolescente que presente estos trastornos. La colaboración entre estos profesionales puede incluir evaluaciones diagnósticas, tratamiento médico, terapia psicológica, terapia ocupacional, intervenciones educativas, apoyo social o emocional, entre otras.

¿Por qué debemos trabajar en equipo?

Si se hace la pregunta en Latinoamérica ¿Por qué debemos trabajar en equipo?, dentro de las posibles respuestas surgen algunas razones comunes que justifican el trabajo en equipo de los diferentes profesionales: a) Se puede realizar un abordaje integral de la salud mental. Al trabajar juntos, los profesionales pueden abordar de manera integral la salud mental de los pacientes, lo que les permite tener un mayor conocimiento y comprensión de las necesidades y desafíos que enfrentan los pacientes y sus familias. b) Se asegura una mayor eficacia en el tratamiento. El trabajo en equipo permite que los profesionales de la salud mental compartan información sobre el paciente, lo que facilita la identificación de los problemas clave y la elaboración de un plan de tratamiento más efectivo. La colaboración también puede ayudar a reducir la duplicación de esfuerzos y minimizar los errores. c) Se proporciona una mejora de la calidad de atención. La



atención integral y coordinada puede mejorar la calidad de atención para los pacientes y sus familias. Además, puede ayudar a prevenir la fragmentación de la atención y garantizar que se brinde el tratamiento correcto en el momento adecuado. d) Se da una mayor eficiencia en el uso de recursos: En un país de bajos ingresos, los recursos pueden ser escasos. El trabajo en equipo permite una mejor gestión de los recursos disponibles, lo que puede maximizar la eficiencia y la efectividad de los tratamientos. e) Mejora en la satisfacción de los pacientes. Los pacientes y sus familias pueden sentirse más satisfechos con la atención cuando ven que los profesionales están trabajando juntos y coordinados en su cuidado. Especialmente cuando la familia y el paciente son involucrados. f) Prevención de recaídas y promoción de la salud mental. El trabajo en equipo también puede ayudar a prevenir recaídas y promover la salud mental a largo plazo. Los pacientes y sus familias pueden recibir información y recursos adicionales para apoyarlos en su recuperación y ayudarlos a mantener su bienestar emocional.

El papel de los miembros del equipo

Cada profesional tiene un papel importante que desempeñar en el abordaje de los trastornos mentales en niños y adolescentes. El equipo multidisciplinario es fundamental en la atención de pacientes con trastornos mentales y sus familias. A continuación, se describe el papel de cada uno de los profesionales mencionados:

- **Psiquiatra infantil y de adolescentes:** El psiquiatra es el encargado de realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes. Asimismo, coordina el trabajo del equipo y puede prescribir medicamentos en caso de ser necesario.
- **Psicólogo infantil:** El psicólogo infantil es el encargado de realizar evaluaciones psicológicas y psicodiagnósticos en niños y adolescentes, además de brindar terapia psicológica individual o grupal.
- **Trabajo social:** El trabajador social se encarga de evaluar las necesidades sociales y económicas de los pacientes y sus familias, y proporcionar recursos y apoyo para satisfacerlas. Además, ayuda a coordinar la atención con otros servicios comunitarios y de salud.
- **Terapia ocupacional:** El terapeuta ocupacional trabaja para mejorar la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, tales como vestirse, comer y bañarse. También ayuda a mejorar la capacidad del paciente para realizar tareas escolares y sociales.
- **Psicopedagogía:** El psicopedagogo evalúa y aborda las dificultades de aprendizaje del paciente y brinda estrategias para mejorar su rendimiento académico.
- **Neuropsicología:** El neuropsicólogo evalúa las funciones cognitivas del paciente y brinda terapia para mejorarlas. Además, trabaja en la rehabilitación de habilidades cognitivas que puedan haber sido afectadas por el trastorno mental.
- **Neuropediatría:** El neuropediatra se encarga de evaluar y tratar los trastornos neurológicos en niños y adolescentes, que pueden estar relacionados con trastornos mentales.
- **Pediatra:** El pediatra puede detectar y hacer un seguimiento de los problemas de salud mental en los niños, ya que suele ser el primer punto de contacto con el sistema de salud para muchos niños. También puede referir a los pacientes a especialistas en salud mental según sea necesario.
- El **endocrinólogo** puede estar involucrado en el manejo de los trastornos psiquiátricos que están relacionados con los cambios hormonales, como el trastorno disfórico premenstrual o los trastornos del estado de ánimo asociados con la diabetes. También puede garantizar que los tratamientos médicos y psicológicos sean coordinados y efectivos para los pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 1.

En resumen, cada uno de los profesionales del equipo multidisciplinario tiene un papel complementario para brindar una atención integral al paciente y su familia. La colaboración y coordinación entre los miembros del equipo es esencial para lograr el éxito en el tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente.



Colaboración entre profesionales

La colaboración entre estos profesionales puede garantizar que cada niño o adolescente reciba el abordaje más completo y personalizado posible para su trastorno mental. Además, el abordaje temprano puede prevenir complicaciones a largo plazo, promover el desarrollo del niño o adolescente, y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Otro beneficio importante de abordar tempranamente los trastornos mentales en niños y adolescentes es que puede reducir los costos en salud a largo plazo. Los trastornos mentales no tratados o mal tratados pueden tener efectos negativos en la salud física y mental a largo plazo, lo que puede aumentar los costos en salud. Sin embargo, el abordaje temprano y efectivo puede prevenir el desarrollo de complicaciones graves y reducir la necesidad de intervenciones más costosas en el futuro.

Además, abordar tempranamente los trastornos mentales en niños y adolescentes también puede tener un impacto positivo en la sociedad en su conjunto. Los jóvenes que reciben un tratamiento adecuado para los trastornos mentales son más propensos a tener éxito en la escuela, tener relaciones saludables y contribuir positivamente a la comunidad en el futuro. También pueden ser menos propensos a desarrollar problemas de salud mental en la edad adulta y menos propensos a necesitar atención médica costosa y prolongada.

Crear equipo con los padres y los maestros

Resulta fundamental invitar a los padres y los maestros a hacer equipo con los profesionales y juntos lograr abordar los trastornos mentales de los niños y niñas. Cuando se trata de la salud mental de los niños, la colaboración entre los profesionales de la salud mental, los padres y los maestros es clave para lograr resultados positivos. Los padres y los maestros pueden proporcionar información valiosa sobre el comportamiento y las habilidades de los niños en diferentes entornos, lo que ayuda a los profesionales a entender mejor el problema y desarrollar un plan de tratamiento más efectivo. Además, la colaboración entre los padres y los maestros también puede ayudar a mejorar la comunicación y el apoyo para el niño o niña en todas las áreas de su vida.

La participación de los padres y los maestros en el equipo también ayuda a fomentar un enfoque más holístico en el tratamiento. Los maestros y los padres pueden trabajar juntos para establecer metas realistas y asegurar que el niño o niña reciba el apoyo necesario tanto en la escuela como en casa. Además, los padres y los maestros pueden ayudar a los niños a desarrollar habilidades sociales y emocionales, lo que puede ser crucial para su éxito a largo plazo. En última instancia, la colaboración entre los padres, los maestros y los profesionales de la salud mental puede mejorar significativamente la calidad de vida del niño o niña y su capacidad para enfrentar los desafíos que puedan presentarse en el futuro.

Cuando los padres son parte del equipo y se involucran en el tratamiento de sus hijos con trastornos mentales, experimentan una sensación de empoderamiento. Esto se debe a que se sienten más instruidos y capacitados para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de su hijo o hija. Además, al trabajar en colaboración con los profesionales de la salud mental y los maestros, los padres pueden sentirse más seguros de que están tomando las decisiones correctas para el bienestar de su hijo o hija. La satisfacción de los padres al ser parte del equipo es inmensa, ya que se sienten más comprometidos y conectados con la vida de su hijo o hija. Cuando se involucran activamente en el proceso de tratamiento, los padres pueden marcar una gran diferencia en el desenlace y pronóstico del trastorno mental de su hijo.

Retos específicos de nuestra región

En la región latinoamericana existen unas necesidades de salud mental comunes. La región está conformada por países de bajos ingresos, con tasas altas de trastornos mentales, con una falta de recursos y acceso limitado a servicios de atención y tratamiento. Existen factores socioeconómicos, culturales y políticos que contribuyen a la estigmatización de las enfermedades mentales y a la discriminación hacia las personas que las padecen, y los niños no son la excepción. La violencia, la pobreza, los desastres naturales y la migración son algunos de los factores que afectan significativamente la salud mental de la población en la región. Es necesario desarrollar políticas y



programas que aborden de manera integral estas necesidades y promuevan la prevención y el acceso a servicios de atención en salud mental.

Además de todo lo anterior, existen varios desafíos que pueden dificultar el trabajo en equipo con profesionales de la salud mental en los países Latinoamericanos:

1. Falta de recursos: La falta de recursos en algunos centros de salud puede hacer que sea difícil coordinar y colaborar eficazmente. Por ejemplo, puede haber escasez de medicamentos, materiales de terapia y equipo médico, lo que dificulta el trabajo en equipo y la prestación de atención integral.
2. Dificultades en la comunicación: Los diferentes profesionales de la salud mental pueden tener diferentes estilos de comunicación y lenguajes técnicos, lo que puede dificultar la comprensión y el intercambio de información. Además, las barreras idiomáticas también pueden ser un problema, especialmente en regiones con diferentes dialectos y lenguas.
3. Competencia entre los profesionales de la salud mental: A veces, puede haber una competencia entre los diferentes profesionales de la salud mental, lo que puede dificultar la colaboración y el trabajo en equipo. La falta de claridad sobre las responsabilidades de cada profesional y la falta de confianza en las habilidades y conocimientos de los demás también pueden ser un problema.
4. Falta de capacitación: En algunos casos, los profesionales de la salud mental pueden carecer de la capacitación adecuada en colaboración y trabajo en equipo, lo que dificulta la coordinación y la colaboración. Además, la falta de acceso a la educación continua y la formación puede limitar la capacidad de los profesionales para mejorar y actualizarse.
5. Dificultades en la planificación: Planificar y coordinar la atención integral puede ser un desafío, especialmente en áreas geográficas remotas o con falta de transporte y comunicaciones. Además, la falta de acceso a la tecnología y la infraestructura adecuada puede dificultar la planificación y el seguimiento de la atención médica.
6. Diferencias culturales: Las creencias y valores culturales pueden influir en las decisiones médicas y la toma de decisiones, lo que puede crear conflictos y obstáculos en la atención integral.
7. Escasez de profesionales de la salud mental: En muchos países de bajos ingresos, hay una falta de profesionales de la salud mental en general, y especialmente de psiquiatras infantiles. Esto puede dificultar la formación de equipos de trabajo adecuados para el tratamiento de trastornos mentales en niños y adolescentes.
8. Dificultades para acceder a servicios de salud mental: En algunos países de bajos ingresos, puede ser difícil para las familias acceder a servicios de salud mental, lo que puede dificultar el trabajo en equipo entre los psiquiatras infantiles y otros profesionales de la salud.
9. Estigma asociado a los trastornos mentales: En algunos países de bajos ingresos, los trastornos mentales pueden estar estigmatizados, lo que puede dificultar la colaboración entre los psiquiatras infantiles y otros profesionales de la salud que trabajan con niños y adolescentes.

Conclusión

En Latinoamérica es necesario abordar los desafíos y dificultades que existen en la región para trabajar en equipo en el campo de la salud mental, especialmente en el ámbito de la psiquiatría infantil en países de bajos ingresos. La colaboración entre diversos profesionales de la salud mental puede proporcionar un enfoque integral y personalizado para cada niño o adolescente que presente algún trastorno mental. Es fundamental abordar tempranamente los trastornos mentales en niños y adolescentes para prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar su calidad de vida. El abordaje temprano y efectivo puede reducir los costos en salud a largo plazo y tener un impacto positivo en la sociedad en su conjunto. Es importante que los gobiernos y las organizaciones de la salud en Latinoamérica trabajen en conjunto para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental, y promover la colaboración interdisciplinaria para lograr una atención integral y efectiva en salud mental para todos los niños y adolescentes en la región.



¿Por qué debemos trabajar en Equipo?



Memorias del II Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA