



Viernes, 10 de febrero de 2012

Seminario:

**Casos clínicos comentados
en Psiquiatría Infantil**

Moderadora:

M.ª Isabel González Marcos

Pediatra. CS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid

Ponentes/monitores:

■ **Mara Parellada Redondo**

Psiquiatra Infantil. Coordinadora de la Unidad de Autismo. Departamento de Psiquiatría, Sección de Infantil y Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Parellada Redondo M. Casos clínicos comentados en Psiquiatría Infantil. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 217-24.

Casos clínicos comentados en Psiquiatría Infantil

Mara Parellada Redondo

*Psiquiatra Infantil. Coordinadora de la Unidad de Autismo.
Departamento de Psiquiatría, Sección de Infantil y Adolescente.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
parellada@hggm.es*

En este taller se presentarán casos clínicos de trastornos por déficit de atención e hiperactividad y de otros trastornos de la infancia, en particular los trastornos emocionales de inicio típicamente en la infancia, y se realizará un diagnóstico diferencial de los mismos.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen impulsividad/hiperactividad e inatención de forma exagerada para su edad. Además, esos problemas están presentes de forma crónica, desde antes de la edad escolar (aunque a veces no dan problemas hasta más tarde) y en todas las situaciones de la vida (familia, colegio, etc).

Hay otros problemas muy frecuentes en los niños hiperactivos. Les cuesta mucho planificar, organizarse, establecer prioridades, etc. De hecho muchos médicos piensan que estas dificultades en el pensamiento suponen el problema verdaderamente importante y nuclear en el trastorno. También es típica la dificultad para organizarse con el tiempo. Es lo que globalmente puede llamarse dificultad en las funciones ejecutivas.

Hay niños con un TDAH con síntomas, muy intensos, que tienen muchos problemas de adaptación y funcionamiento. Otros tienen

síntomas más leves y con los apoyos adecuados pueden desarrollarse sin grandes problemas. Solo se puede diagnosticar de trastorno si hay alteraciones en el funcionamiento.

En general el comportamiento de estos niños suele ser peor a última hora del día que por la mañana; peor en situaciones que requieren quietud que en actividades que permiten el movimiento (como deportes o recreo).

Déficit de atención

Normalmente los niños hiperactivos se despistan por estímulos externos que compiten con lo que están haciendo, como el ruido del teléfono, un niño hablando en clase, el paso de una mosca, etc. Es mucho más infrecuente que se distraigan por sus propios pensamientos o preocupaciones.

Las dificultades en las funciones ejecutivas y, en particular, en un aspecto de ellas, la memoria de trabajo, se manifiestan en la dificultad para mantener información todo el tiempo necesario para tomar una decisión o realizar una actividad compleja. También, en la dificultad para hacer tareas mentales "complejas" como planificar, organizar, anticipar.

Hiperactividad

Los niños hiperactivos han sido descritos como rabos de lagartija, personas en continuo movimiento, incapaces de estar quietos un momento. La necesidad de movimiento puede mostrarse de una manera ruidosa, con movimiento continuo, saltando, brincando, gritando, corriendo, con continuos pequeños accidentes, o de una forma más disimulada. Los niños mayores, o más formales, son capaces de mantenerse sentados, pero mueven de forma continua una pierna, un dedo o dan golpecitos repetitivos contra la mesa o el suelo que pueden resultar muy molestos para quien esté al lado, pero el exceso de movimiento solo llama la atención con una cuidadosa y cercana observación.

Con la edad, la hiperactividad motora suele ir limitándose, desapareciendo la necesidad de trasladarse, cambiar de sitio, y quedando una cierta inquietud motora, con movimientos continuos de alguna parte del cuerpo, o incluso solo un sentimiento interno de desazón. De hecho, la hiperactividad motora suele ser el síntoma que más se atenúa con la edad.

Impulsividad

Hacer o decir algo antes de pensarlo es una de las características típicas del TDAH. Es también típico que los niños sin problemas de comportamiento asociados se arrepientan de aquellos comportamientos que dañan a otras personas o sean irrespetuosos. La intencionalidad de dañar no es característica propia del trastorno y es por ello que cuando un niño con TDAH insulta a sus padres o un profesor, o pega a otro, suele después sentirse mal por ello. Es típico el comentario de los padres sobre su hijo hiperactivo disculpando sus comportamientos y señalando la nobleza de su corazón y lo cariñoso y sensible que puede ser. Esto es importante para diferenciar la impulsividad que acompaña a los trastornos disociales de la de los trastornos hiperactivos. Decir cosas inapropiadas socialmente, muchas veces absolutamente ciertas, es típico de niños hiperactivos, como por ejemplo el niño que comenta en voz alta lo que ha engordado una tía en una reunión familiar; siendo motivo de vergüenza para los padres. Otras veces, esa tendencia a decir comentarios inapropiados motiva el rechazo de los iguales a edades en que el pudor o el secretismo son importantes, como entre los grupos de adolescentes a la hora de enfrentarse a cortejos amorosos o en la comisión de gamberradas. Ser tildados de "patosos", "payasos" o "metepatas" es con frecuencia lo menos ofensivo que estos niños pueden encontrarse en la escuela. Y todo por no medir a priori las consecuencias de lo que hacen o dicen.

Los niños hiperactivos son impacientes. No pueden esperar a los resultados a largo plazo de los esfuerzos, sean esos resultados positivos o negativos, de manera que es difícil que regulen su comportamiento por las consecuencias demoradas en el tiempo.

Debido a su impulsividad son personas que asumen muchos comportamientos de riesgo.

Diagnóstico diferencial

No hay ningún trastorno mental que se pueda diagnosticar con una prueba física objetiva. El diagnóstico es clínico, y la herramienta necesaria es el conocimiento de la patología psiquiátrica y el desarrollo normal de los niños. Una buena historia clínica es la base de todo diagnóstico en psiquiatría.

En el caso del TDAH es siempre necesario hacer un diagnóstico diferencial con otra patología de aprendizaje, orgánica y psiquiátrica.

Hay muchos otros trastornos mentales que pueden producir alteraciones de atención, impulsividad e hiperactividad, p. ej.: una depresión, la reacción a un trauma, ansiedad, reacción ante una crisis, trastorno psicótico. También un trastorno de aprendizaje (dislexia, inteligencia límite, etc.) puede parecer un TDAH en algunas ocasiones.

El médico debe ir preguntando todo aquello que le permita ir descartando otras causas de los síntomas que aparecen.

Trastorno de la lecto-escritura

Es una causa frecuente de síntomas de hiperactividad y déficit de atención. La dislexia (problemas en la lectura), los problemas específicos de comprensión o la inteligencia en el límite, hacen que los niños no se centren bien, no comprendan, se despisten.

Trastornos de conducta

Son los trastornos mentales más frecuentes en los niños. A veces pueden confundirse con el TDAH. Los niños con trastornos de conducta se caracterizan por comportamientos conflictivos como saltarse las normas intencionalmente o transgredir la ley, que no son los típicos de los niños TDAH.

Trastornos emocionales

Los trastornos de ansiedad pueden a veces parecer TDAH sin hiperactividad, es decir, niños especialmente inatentos como único síntoma. Cuando el problema de base es la ansiedad, los niños suelen estar preocupados por sus problemas y eso no les permite concentrarse en cuestiones académicas. También los trastornos emocionales pueden confundirse con el TDAH. Tanto las depresiones, como los trastornos bipolares. Los niños pequeños tienden a manifestar su malestar emocional con la conducta, el movimiento y la falta de concentración porque no son capaces aún de explicar verbal y psicológicamente sus sentimientos.

Los adolescentes además suelen mostrar la tristeza con irritabilidad, oposición e impulsividad, lo que también hace que a veces se confundan los estados depresivos con un TDAH. Una de las claves para diferenciarlo es si el problema es crónico o ha aparecido en un momento de la vida del niño no estando presente antes.

Diagnóstico diferencial orgánico

El médico debe preguntar todo aquello que le ayude a descartar otra enfermedad. La mayor parte de las veces no es necesario hacer pruebas para descartar problemas orgánicos. Solo si en la historia y/o exploración física general del niño hay síntomas o signos que apunten hacia algún trastorno concreto, deberían utilizarse pruebas complementarias. Es decir, no hay ninguna prueba necesaria para el diagnóstico ni para el despistaje de otras patologías que haya que pedir de forma rutinaria.

Es obligado descartar (normalmente solo con la historia clínica):

- *Problemas sensoriales* (de vista, oído), en particular hipoacusias leves y déficits de convergencia.
- *Problemas en el sueño* (la ausencia de un sueño reparador; por apneas, etc., se traduce en un comportamiento parecido al de los niños hiperactivos).

- *Trastornos neurológicos*, como epilepsia, en particular ausencias.
- *Patologías generales (sistémicas)*, por ejemplo alergias, síndromes de malabsorción, hipertiroidismo, síndromes genéticos, etc.

La presencia de cualquier signo o síntoma de afectación física justifica una evaluación neurológica o médica general con la realización de las pruebas complementarias necesarias según la patología que se sospeche.

TRASTORNOS EMOCIONALES

En palabras de D.W. Winnicott, pediatra y psicoanalista infantil británico mundialmente reconocido, en 1964: *"No hay bebés, un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación"*.

El periodo perinatal es muy importante para el embrión/feto/bebé, que se ve influido casi exclusivamente por las figuras del padre y de la madre, de forma que el estado emocional de sus padres será percibido por el pequeño de forma total, influyéndole en su percepción del mundo.

Seguridad y confianza son las necesidades esenciales para un correcto desarrollo emocional. La alimentación es una necesidad básica pero, ya desde los estudios con monos rhesus de Harlow, se vio que, en los primates, el contacto físico y el confort son previos o más esenciales que la nutrición para un correcto desarrollo. Autores como Erikson han señalado la importancia de la confianza. Agua, comida, temperatura adecuada son necesidades físicas que nadie cuestionaría y se relacionan directamente con la supervivencia del recién nacido. Para la supervivencia emocional, la adaptación a la vida, el desarrollo completo del ser humano como ser independiente, autosuficiente, capaz de crecer, adaptarse y reproducirse de forma adecuada, la confianza en los demás y la seguridad parecen estar entre las necesidades básicas. Sin ellas, la capacidad para comunicarse, para desarrollar empatía y para relacionarse con los demás, estarán gravemente

afectadas. Algunas situaciones dramáticas pueden ejemplificar esto. Las repetidas pérdidas de las figuras de cuidado importantes para el niño, el abandono, el abuso, en etapas del desarrollo vulnerables (sensibles para la constitución de la confianza básica) pueden tener secuelas importantes difíciles de revertir. Del mismo modo que un niño debe aprender a andar entre el año y los dos años, o a hablar en un periodo parecido, la seguridad y la confianza se debaten en esos primeros años en que el niño es especialmente vulnerable y dependiente, ese periodo en el que *necesita* al otro.

El apego o vínculo es la relación que se establece entre un bebé y su cuidador de confianza y seguridad, y que se incorpora en él, le acompaña a lo largo de la vida y va condicionando su capacidad para desarrollar relaciones interpersonales más complejas.

La mayoría de los autores dedicados al desarrollo emocional de la persona consideran que los apegos tempranos influyen, de forma muy importante, en la calidad de las relaciones interpersonales futuras. Las primeras relaciones de apego se establecen con los cuidadores primarios, sean la madre, el padre, otro familiar; un cuidador profesional...

La conducta de apego es cualquier modo de comportamiento encaminado a conseguir o mantener proximidad con otro significativo.

El **apego seguro** se define como la relación basada en la **confianza** y en la **seguridad**, que el niño establece con un cuidador principal. Se establece en los primeros dos años de la vida y es un pilar fundamental para el desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas en su futuro.

El niño establece distintos tipos de apego con las personas que tiene a su alrededor durante sus primeros pasos en la vida, pero hay algunos fundamentales, que configurarían el estilo de apego de cada uno. Parece extraordinariamente importante que el niño tenga, al menos, un apego seguro en su primera infancia.

Como hemos dicho, además de alimentación y calor, el bebé necesita básicamente seguridad: tener claro que alguien responderá a sus necesidades, le proporcionará comida, le limpiará regularmente, le dará calor; le acurrucará entre sus brazos y le transmitirá emociones positivas. El bebé empezará a leer emociones en la cara de sus padres hacia el mes de vida, cuando aprenderá a interpretar y, lo que es también muy importante, a responder a ellas generando una reciprocidad, que constituye la base de cualquier relación interpersonal. Las emociones negativas se transmitirán también involuntariamente y el bebé será capaz de leerlas también. Esto le generará esa inseguridad que puede acompañarle en su vida posterior:

Sin que un adulto se haga cargo de esas necesidades básicas, el bebé no sobrevive. Si el niño no siente que ante una situación de angustia, de miedo, de hambre, de frío, hay un adulto que responde, va creciendo sin seguridad en que las personas y el mundo le puedan cuidar. Crece con desconfianza básica, o con resentimiento, o con incapacidad para vivir a las personas como agentes de algo bueno para ellos. Con miedo al abandono.

El apego seguro es aquella relación que se basa en la seguridad y la confianza, y que permite al individuo en crecimiento mirar al mundo, explorarlo, aprender, desarrollarse. Tener alguna relación de apego seguro en la infancia es un seguro de vida para poder establecer relaciones de confianza, intimidad, amor, en el futuro. Un apego inseguro, ambivalente o desorganizado (los tipos fundamentales de apegos no seguros) es un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos de personalidad y de conducta. Las personas se basan en experiencias previas para imaginarse como va a ser la relación con una persona. De ese modo, se generan unos *modelos de relación interiorizados (Internal Working Models)*, basados en las vivencias de cómo se relaciona la gente entre sí, sobre todo en cómo se han relacionado con uno mismo en el pasado. Idealmente se tiene referencia de relaciones de muchos tipos, pero no debería faltar la experiencia de una relación de cuidado, de amor, en que la persona ha sido muy importante para alguien, que le han querido incondicionalmente, que le han respetado, que le han escuchado.

Existen cuatro tipos de apego fundamentales:

- Apego seguro
- Apego inseguro
- Apego desorganizado
- Apego ambivalente

Un defecto de vínculo genera en la nueva persona una continua sensación de incertidumbre, de soledad, de incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones, que tendrá consecuencias igualmente inciertas más adelante, tal vez no a los dos años de edad, o a los ocho probablemente en las etapas en las que las exigencias relacionales sean mayores (en que uno tiene que establecer relaciones de amistad, de pareja, de trabajo, con otras personas).

Ya desde el nacimiento, **el bebé es una criatura social**, que a los pocos días del nacimiento es capaz de diferenciar el olor, la voz y la cara de su madre. Desde muy pronto, los bebés tienen preferencia por las caras frente a los objetos inanimados, y les prestan mucha mayor atención. El potencial social del niño necesita un cuidador sensible y capaz de escudriñar las señales que emite y darles respuesta, para que ese ser con potencial social pase a convertirse en un verdadero ser social. Autores como Ainsworth, Winnicott o Kohut han señalado la gran importancia de esta primera interacción. La madre (o cuidador principal) tiene que ir acercando el mundo al bebé de una manera comprensible. Esto va generando seguridad, y sensación de competencia en el niño, porque a medida que la madre va entendiendo sus demandas, él va dando significado a sus sensaciones, va sabiendo lo que quiere y pidiéndolo de manera cada vez más específica (dormir; comer; ser acunado).

En la interacción temprana entre la figura materna y el niño, en que ella va modificando sus acercamientos, sus estímulos, sus reacciones, en función de las señales y reacciones del bebé (sus respuestas positivas, su agrado, su rechazo, etc.) éste va aprendiendo a regularse y a

transmitir de forma cada vez más compleja y atinada sus necesidades y sus gustos. Esa interacción bidireccional puede ser fluida, en función de la capacidad de ambos, madre y bebé, para irse ajustando al otro, o puede ser brusca, insensible e ir llevando poco a poco a la incompreensión mutua.

La buena armonía de las relaciones tempranas va haciendo al niño sentirse valido, adecuado, comprendido, confiado. La incapacidad de la madre para acoplarse al bebé (por múltiples causas, de ella, del bebé, de ambos, del entorno,..) puede tener consecuencias en el desarrollo emocional y social de éste, así como en su propia autorregulación biológica, generando o modulando las características temperamentales del niño, haciéndole lo que se llama un bebé difícil. Estas experiencias tempranas son para el bebé preverbal, sin memoria consciente, pilares constitutivos de su futura personalidad (como lo son sus rasgos temperamentales más biológicamente determinados, como su nivel de energía, su tendencia al sobresalto, su rigidez o flexibilidad de ritmos biológicos y otros). El término "madre suficientemente buena" de Winnicott, quiere conciliar la importancia enorme de la madre en los primeros momentos del bebé, lo extraordinario de su capacidad o incapacidad para ajustarse a las necesidades del mismo. No solo con el crecimiento tiene la madre que ir permitiendo momentos y espacios de autonomía, de soledad, de independencia. La capacidad para acoplarse a las necesidades del bebé incluye la de dejarle estar solo cuando no demanda nada, dejarle que se experimente consigo mismo (aún en presencia de la madre), como primer paso para ir desarrollando una vida propia, dejando espacio a que surjan iniciativas espontáneas y propias por parte del niño.

Lo contrario, forzar un continuo intercambio, contacto, mirada, puede ir generando un carácter falso, complaciente, con poca identidad propia.

Hoy en día se sabe que la propia naturaleza de la madre, sus experiencias relacionales anteriores, su propio estilo de apego original, determinan en buena medida su capacidad para vincularse al niño. De hecho, hay programas de intervención temprana centrados en fomentar la

sensibilidad y capacidad de respuesta de la madre a los requerimientos del bebé. A partir de esta idea han surgido conceptos como el de *funcionamiento reflexivo*, es decir, la capacidad de entender que el comportamiento propio y el de los otros, está vinculado de modo significativo a los estados mentales, es decir, a sentimientos, deseos y pensamientos. La madre que funciona reflexivamente puede leer mejor las intenciones y sentimientos de su hijo, y puede responder de una forma sensible y adecuada. Ese funcionamiento reflexivo es uno de los objetivos del tratamiento de la capacidad vincular de las madres.

Muchos estudios han confirmado que los hijos de madres menos sensibles, menos positivas y más negativas hacia el embarazo presentan un peor rendimiento cognitivo a los 18 meses de edad. A los 5 años de edad, presentan más problemas de comportamiento y una interacción social más pobre y mayor frecuencia de comportamientos agresivos. Es decir, la influencia de la relación temprana va más allá de influir la capacidad relacional del niño; afecta además, a su capacidad cognitiva y adaptativa. En la configuración del vínculo, además de las figuras de apego, están como actores principales, el propio niño, con su temperamento, capacidades y limitaciones innatas propias, y las circunstancias ambientales. Las relaciones precoces de apego constituyen las primeras experiencias emocionales de naturaleza relacional. Funcionan como prototipos para todas las relaciones posteriores. Poco a poco, la *base segura* que supone el apego temprano se va desplazando a otras relaciones, para normalmente acabar recabando en la pareja, pero en cualquier caso su estilo, el de cada una de las relaciones de apego de la vida, se continúa llevando a modo de equipaje que colorea las futuras relaciones.

Los adultos seguros tienen 3 ó 4 veces más probabilidad de tener niños que están apegados con seguridad a ellos ¿cómo es mediatizada tal transmisión transgeneracional?, los teóricos del apego han supuesto que los adultos con apego seguro son más sensibles a las necesidades de sus niños por lo cual promueven la expectativa en los infantes de que la desregulación será rápida y efectivamente enfrentada. El estilo de apego marca también la capacidad de autorreflexión y el estilo de la narrativa que cada

uno construye sobre su vida, que a su vez marca como uno se relaciona con su bebé y lo que aporta a la relación de apego incipiente que se va generando entre cuidador y niño. Tan importantes consideran los psicólogos del desarrollo estos primeros pasos relacionales que hay quien habla de "inmunidad emocional" para describir el desarrollo afectivo sano de los niños que deriva de la seguridad que genera el haber sido cogido, tocado, mirado, atendido en situaciones de estrés.

Hay aspectos especialmente biológicos, como determinados rasgos temperamentales, el tamaño corporal, la altura, el potencial intelectual, o el riesgo para enfermedades; sin embargo, el ambiente es *posibilista*, permite o impide que uno desarrolle su potencial, y en qué grado lo haga; puede contrarrestar la influencia del potencial innato y puede condicionar la aparición o no de enfermedades.

Cada nueva persona surge con entidad propia y con el potencial de ir asumiendo progresivamente una autonomía que siempre le diferenciará de sus padres, no sólo físicamente (por muchos parecidos evidentes que nos encontremos) sino también afectivamente, en su personalidad, en su forma de pensar y de actuar, en su ideología, en sus ideales, en sus valores, en sus gustos. Algunos padres consideran que sus hijos son una proyección de ellos mismos y a veces, en su afán por protegerlos, les impiden el progreso autónomo de su propio desarrollo. En otras ocasiones ocurre casi lo contrario, y la incapacidad de algunos padres para guiar al nuevo ser desprotegido, produce en éste un desvío de su desarrollo que, por negligencia, acaba por manifestar todos los defectos y dificultades que potencialmente podían aparecer en él, a partir de su carga genética (con la que nace). En esa interacción entre genética y ambiente parecen cruciales las etapas más tempranas del desarrollo.

Trastorno reactivo de la vinculación

Se caracteriza por una relación social inadecuada que sucede en la mayoría de los contextos. Es un trastorno que aparece en la primera infancia, tras una crianza muy patológica. Puede haber habido una negligencia de cui-

dados emocionales y físicos prolongada, o puede haber habido muchos cambios de cuidadores, o situaciones de maltrato, pero en cualquier caso se han generado vínculos no seguros, que sustentan la ausencia de capacidad para vincularse y relacionarse de forma adecuada en etapas posteriores. Hay un tipo *inhibido*, con un fracaso continuo para iniciar y responder a la mayoría de los acercamientos sociales, y un tipo *desinhibido*, que se caracteriza por el establecimiento de vínculos inmediatos, superficiales, frágiles. En trastornos de inicio muy temprano, puede relacionarse con alteraciones en el crecimiento físico. Son trastornos más frecuentes en familias con gran privación socio-emocional, con déficits cognitivos o en la parentalidad, en padres muy jóvenes o con problemas de salud mental.

Ansiedad de separación

Evolutivamente, a partir de los 8 meses aproximadamente, el niño empieza a sentir la ausencia de sus padres o cuidadores principales, es lo que se denomina angustia del extraño, uno de los organizadores psíquicos fundamentales, según muchos autores. Esto significa que es normal y necesario. Sería preocupante que un niño de un año o año y medio no tuviera preferencia por unas figuras de apego, que cualquier conocido o desconocido le diera la misma alegría o consuelo.

Para hablar de un trastorno por ansiedad de separación se necesita tener varios síntomas de ansiedad relacionados con un exceso de preocupación por la separación de la figura/s de apego, durante al menos 1 mes. Lo normal es que aparezca en la primera infancia, pero a veces puede aparecer entre los 7-8 años. Son especialmente propensos a tener ansiedad de separación patológica los niños inmaduros o dependientes, los muy tímidos, o los hijos de madres con trastornos de ansiedad. Es particularmente frecuente también en caso de niños sobreprotegidos. También la presencia de algún evento o acontecimiento estresante en el seno familiar, como una pérdida o separación, o haber tenido periodos de hospitalización, mudanzas, separaciones, contribuye a la aparición de estos síntomas. A veces hay preocupación excesiva por que ocurra algo a los padres, por su posible

pérdida, reticencia a ir a la escuela, a dormir fuera de casa, pesadillas, somatizaciones ante las separaciones o su anticipación. Además de los reseñados, hay factores genéticos, y también factores relacionados con el aprendizaje (imitación de comportamientos, modelado).

Los diagnósticos diferenciales fundamentales tienen que ver con la normalidad y con el trastorno de ansiedad generalizada. Los tratamientos son variados, depende mucho de la edad de inicio, tiempo de evolución, complicaciones familiares, y pueden incluir terapia cognitivo-conductual, otro tipo de terapias, psicoeducación familiar, intervenciones psicosociales, y a veces, tratamientos farmacológicos.

Mutismo selectivo

Se trata de un trastorno en el que el niño es incapaz de hablar, o lo hace susurrando, en situaciones sociales, sobre todo en el colegio. Sin embargo, en familia u otras situaciones de confianza, puede hablar fluidamente. Hay quien lo asemeja a la fobia social. Puede contribuir a la aparición del trastorno la presencia de retraso en el inicio del lenguaje. Distintos trastornos de ansiedad se acumulan en la misma familia, y no es infrecuente que el padre o la madre tenga ansiedad generalizada, o fobia social, o incluso algún trastorno depresivo. Puede haber situaciones traumáticas que antecedan al mutismo. Es importante descartar siempre la posibilidad de deficiencia intelectual, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del lenguaje expresivo, ante la presencia de síntomas de mutismo selectivo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Asociación Elisabeth d'Ornano. Guía breve de prevención en salud mental. El desarrollo emocional desde

antes de nacer. [Fecha de acceso 18 ene 2012]. Disponible en <http://elisabethomano-tdah.org/archivos/GUIA-PREVENCIÓN.pdf>

Holmes J. Bowlby and attachment theory. (Makers of Modern Psychotherapy). London-New York: Roudledge Eds; 1993.

Boris NW, Zeanah CH; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:1206-19.

Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-26.

Parellada MJ, Moreno D, Sijos L, Ponce G. TDAH, trastorno por déficit de atención e hiperactividad: de la infancia a la edad adulta. Madrid: Alianza Ed.; 2009.

Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:894-921.

Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychol Med*. 2010;40:335-45.

Gerhardt S. Why love matters: how affection shapes a baby's brain. New York: Brunner-Routledge; 2004.