



Viernes 11 de febrero de 2011

Taller:

**“Casos clínicos comentados
en Psiquiatría infantil”**

Ponentes/monitores:

- Mercedes Rodrigo Alfageme
*Psiquiatra infantil. Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*
- Reyes Hernández Guillén
Pediatra. CS El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Rodrigo Alfageme M, Hernández Guillén R. Casos clínicos comentados en Psiquiatría infantil. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 291-303.

Casos clínicos comentados en Psiquiatría infantil

Mercedes Rodrigo Alfageme

*Psiquiatra infantil. Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
mrodrigo.hdoc@salud.madrid.org*

Reyes Hernández Guillén

Pediatra. CS El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid.

RESUMEN

La psiquiatría infantil es la parte de la medicina del niño y el adolescente que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del pensamiento, de las emociones así como del comportamiento que afectan a los niños y sus familias.

El pediatra tiene una inquietud cada vez mayor por entender la parte emocional y conductual de la patología de los niños que le permita encauzar de forma precoz y eficaz los problemas psiquiátricos de la infancia y adolescencia.

Los problemas psiquiátricos más frecuentes en la edad preescolar están relacionados con la alimentación, el sueño, los esfínteres y la rebeldía. En los escolares, el 90% se debe a trastornos del humor y a ansiedad. En los adolescentes son mayoría también los trastornos del humor, la ansiedad así como los trastornos de la conducta alimentaria y del comportamiento. En todas las edades son frecuentes las consultas derivadas de retrasos en el desarrollo, incluidas las que afectan al aprendizaje de la lectoescritura.

Presentaremos casos clínicos representativos, que cursan de forma significativa con sintomatología física y que corresponden a patología relacionada con trastornos de ansiedad y depresión. Haremos una introducción teórica de dichos trastornos para poder comprender cómo se llega al diagnóstico.

Son objetivos de este taller que el pediatra maneje algunas herramientas que le permitan diferenciar: 1) si se trata de una enfermedad orgánica con síntomas emocionales o conductuales, 2) si estamos ante una reacción secundaria a algún suceso vital o 3) si los síntomas se deben a un trastorno psiquiátrico. Familiarizarse con la utilización de algunos psicofármacos y también qué casos deben derivarse al psiquiatra infantil.

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Trastornos por ansiedad y fobias

Son los trastornos más frecuentes de la infancia y adolescencia. La prevalencia es del 9%-21%. La ansiedad es una reacción de alerta ante el peligro, es fisiológica. Se compone de tres elementos:

- Fisiológico: reactivación del sistema nervioso simpático (taquicardia, taquipnea, sudoración, diarrea, etc.).
- Cognitivo: anticipación de la situación potencial de peligro.
- Conductual: huida, ataque.

Para que la ansiedad pueda ser considerada patológica debe manifestarse como una emoción excesiva en intensidad, duración o mantenerse fuera de la edad en que determinados miedos (por ejemplo, a los ruidos, las alturas, la oscuridad, etc.) son parte normal en el desarrollo del niño.

La ansiedad puede ser secundaria tanto a una enfermedad psiquiátrica como a una enfermedad médica (endocrina, neurológica, oncológica, cardíaca, etc.), por el uso de sustancias lícitas o ilícitas y también es una enfermedad psiquiátrica propiamente dicha.

Las fobias son un temor exagerado, persistente e irracional, debido a la presencia de un objeto o situación con-

creta, que de modo casi inevitable provoca una respuesta ansiosa inmediata intensa que causa limitaciones incapacitantes.

La edad media de aparición son los 8-12 años.

Hay varias formas clínicas: ansiedad de separación, ansiedad excesiva o generalizada, pánico y agorafobia, fobia simple, fobia social, por estrés agudo, por estrés posttraumático.

Casi el 60% de los afectados presentan más de una forma clínica de ansiedad y el 30% reúnen criterios para tres³. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), también está formando parte de los trastornos de ansiedad. Este debería ser en casi todos los casos derivado a psiquiatría infantil.

Manifestaciones clínicas de ansiedad: miedos y fobias, timidez, dificultades en la concentración, trastornos del sueño, síntomas físicos inexplicables, dependencia excesiva de los padres y ansiedad cuando se está lejos de la casa o de sus padres.

La clínica puede ser discontinua o estar presente de forma permanente. El comienzo puede ser brusco o de forma solapada con exacerbaciones y remisiones. En el 40% de los casos, son los síntomas físicos los que provocan la consulta.

El diagnóstico se hace mediante la entrevista psiquiátrica. Son de utilidad la aplicación de cuestionarios de síntomas (anexos 1 y 2).

Hay que descartar siempre causa médica, utilización de fármacos y tóxicos. En ocasiones pueden darse juntos. En los niños asmáticos, con frecuencia presentan patología ansiosa relacionada o incrementada por su enfermedad y por los fármacos que necesitan utilizar.

El tratamiento debe ser según la intensidad del trastorno. Se deben utilizar psicoterapia y fármacos. Los específicos son las benzodiazepinas. En los casos muy intensos, o si hay de base un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo, se utilizarán neurolépticos³ (anexo 3).

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son relativamente frecuentes. La prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 1%-2% en prepuberales y del 3%-8% en adolescentes, con una prevalencia hasta el final de la adolescencia del 20%⁴.

Los niños con una depresión pierden el interés por realizar las actividades con las que previamente disfrutaban, se critican a sí mismos, se muestran pesimistas y sin interés por el futuro. Pueden mostrarse tristes o irritables. Les va mal en el colegio porque tienen dificultad para concentrarse. Se muestran indecisos e inseguros. Tienen problemas a la hora de dormir. Son muy frecuentes las quejas somáticas: se altera el apetito, pueden tener dolores de cabeza o abdominales, o en los miembros. Ideas recurrentes pesimistas: muertes, accidentes, enfermedades, piensan en morir ellos o matarse. Pueden también pensar en escaparse de casa.

En niños pequeños con clínica aparentemente depresiva hay que descartar patología médica y evaluar de forma precisa el ambiente familiar, porque situaciones de carencia afectiva en niños pequeños puede manifestarse por signos de desinterés, irritación e intercurencias médicas.

Es frecuente que los adolescentes con depresión lleguen al médico a través de una tentativa de suicidio. Otras veces son las quejas físicas. Los profesores también notan cambios de conducta y descenso en el rendimiento escolar. La presentación clínica puede ser aguda pero lo más frecuente es que sea lenta e insidiosa.

El diagnóstico se hace mediante entrevista al niño y a los padres. Es recomendable hablar con los profesores. Son de utilidad la aplicación de cuestionarios específicos (anexos 4 y 5).

El tratamiento debe hacerlo el psiquiatra infantil.

Uno de los riesgos o complicación de los trastornos depresivos es el riesgo de hacer un intento de suicidio. Se debe preguntar siempre al paciente con sospecha

de tener una depresión si piensa en matarse o en hacerse daño. Esta es una pregunta que recoge el inventario de síntomas depresivos que se utiliza habitualmente. En casos en que pensemos que exista ese riesgo el paciente debe ser derivado de forma preferente a psiquiatría.

Son factores de riesgo suicida⁵:

- Trastornos psiquiátricos: depresión; trastornos de conducta; uso de drogas y/o alcohol; tentativas o amenazas previas; tener una enfermedad crónica o debilitante, tanto médica como psiquiátrica.
- Ambientales: dificultad en las relaciones interpersonales; romper con amigos; familias fragmentadas, con relaciones de hostilidad, que exaltan el acabar con la vida ante las adversidades; padres con enfermedad mental; vivir en hogares de acogida o en adopción; antecedentes de maltrato físico o abuso sexual.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA Y SU METODOLOGÍA

En este apartado vamos a analizar qué aspectos debemos explorar para obtener un conocimiento del estado psicológico del niño. La forma principal de obtener información es hablando e interactuando con el niño y la familia. Dependiendo de la edad del niño, podemos ayudarnos también de juegos, dibujos y cuestionarios autoaplicados (anexos 1, 2 y 4). Al realizar una exploración psiquiátrica, debemos hacer hincapié en los antecedentes psiquiátricos y los aspectos psicosociales, así como en los problemas endocrinológicos, neurológicos y del sueño.

En cuanto a la **exploración psicopatológica**, hay que tener siempre en cuenta los distintos entornos del niño (familiar, escolar y social) y la repercusión sobre el funcionamiento del niño en cada uno de estos entornos. Los aspectos más importantes que hay que explorar y registrar son los siguientes⁶:

Temperamento

Hay que investigar aspectos como: estado de humor, grado de autoestima, características de las relaciones interpersonales, introversión o extroversión, capacidad de afecto, capacidad de esfuerzo, aficiones y tipos de juegos. Inicialmente, puede ser de interés hacer una pregunta abierta del tipo: "¿Cómo describiría a su hijo?", preguntando posteriormente por características más específicas que no hayan mencionado.

Pensamiento

- Hay que investigar si el pensamiento es coherente, lógico (según la edad).
- Hay que buscar posibles alteraciones del contenido, entre las que podemos encontrar ideas obsesivas, fóbicas o delirantes. Describimos la **fobia** como un miedo intenso y desproporcionado con respecto al peligro real, que no puede ser explicado ni razonado ni controlado, y que conduce a la evitación de la situación temida⁷. La exploración suele ser sencilla, pues tanto los niños como los padres identifican fácilmente los miedos de aquellos. Más difícil resulta evidenciar las **ideas obsesivas**, que se caracterizan por ser reincidentes, intrusivas e inevitables; pero que el niño intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o acciones y que, por lo tanto, es frecuente que pasen desapercibidas hasta que empiezan a hacerse evidentes los rituales o se manifiesta con una importante ansiedad e incluso agresividad, implicando a la familia y exigiendo cooperación en sus rituales de un modo muy directivo, gritando instrucciones y de mal humor. Por eso hay que investigar estas posibles ideas obsesivas en niños con accesos de ira o cólera. Las obsesiones más frecuentes en la infancia están relacionadas con la suciedad y la contaminación, siguiéndole en frecuencia el miedo a que suceda algo terrible a uno mismo o a seres queridos⁸. Las **ideas delirantes** no suelen exponerlas espontáneamente, y hay que realizar preguntas específicas que nos ayuden a descubrirlas, como por ejemplo: ¿crees que alguien te persigue?

¿que alguien sabe lo que haces?, ¿que alguien sabe lo que piensas?, ¿que haces las cosas porque alguien te dirige?, ¿que alguien te está perjudicando?, ¿que hablan mal de ti?

- Hay que observar si existen alteraciones del curso del pensamiento, como bradipsiquia (como por ejemplo en una depresión importante), o taquipsiquia o fuga de ideas (que se puede observar en la fase maniaca de un trastorno bipolar).

Sensopercepción

Hay que investigar si existen alucinaciones. Para ello hay que hacer preguntas del tipo: ¿ves cosas que no ven los demás?, ¿oyes cosas que no oyen los demás?, ¿sientes en el cuerpo cosas extrañas?, ¿oyes lo que dicen de ti? Cuando los niños son más pequeños es importante distinguir entre verdaderas alucinaciones o cómo ellos interpretan lo que les dicta su conciencia, por eso, siempre hay que preguntar si lo que oyen, lo oyen por dentro de ellos o son palabras que vienen desde fuera. Debemos preguntar si las alucinaciones aparecen en relación con el despertar (alucinaciones hipnagógicas), que no tienen significado patológico.

Afecto o humor

Es la función psicológica que integra las emociones, los sentimientos, los estados de ánimo. El afecto puede ser expansivo (con euforia que puede llegar a la hipomanía y a la manía en su extremo) o depresivo. En los niños deprimidos es más frecuente encontrar irritabilidad que un ánimo triste y también se puede manifestar como anhedonia (dificultad para disfrutar de las cosas agradables) o con sensación de aburrimiento. También nos podemos encontrar con labilidad emocional, más frecuentemente en adolescentes. En las personas con tendencia a la ansiedad puede predominar la angustia, el miedo o el estrés. También podemos encontrar emociones paroxísticas, con accesos de rabia, ira o cólera; y que podemos observar en niños con poca tolerancia a la frustración y en niños con ideas obsesivas que se encuentran con dificultades en la realización de sus compulsiones.

Conducta social habitual

Funciones de alimentación, sueño y sexualidad

En esta última se debe averiguar si no hay alteración en la identidad sexual. Esta aparece hacia los tres años. La identidad sexual es el sentimiento interior de ser niño o niña. A estas edades, esta identidad sexual se manifiesta en los juegos que elige o practica, así como en la forma de vestir y en el aspecto externo que se corresponde con cada sexo, según los cánones sociales. Esta manera de mostrarse es el rol o papel sexual. En la mayoría de los casos, la identidad sexual se corresponde con el papel sexual que se manifiesta. La orientación sexual, aparece en la adolescencia y es la atracción sexual dirigida hacia las personas del mismo sexo o del sexo opuesto.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Psicoeducación

La psicoeducación tiene un papel importante para que tanto el niño como los padres comprendan algunos de los procesos que llevan a la conducta desadaptativa o al sufrimiento del niño y la familia, ayudando también a eliminar algunas concepciones erróneas sobre la enfermedad y su proceso.

Tratamiento conductual para los trastornos del comportamiento

Las técnicas conductuales más importantes que se utilizan para el tratamiento de los trastornos del comportamiento son las que se basan en el condicionamiento operante. Este establece que, aunque la conducta se emite libremente, está regulada por las consecuencias de dicha conducta, de manera que si las consecuencias son positivas, la conducta tenderá a repetirse, y si las consecuencias son negativas, dejará de hacerlo. Cuando felicito a mi hijo por hacer bien la tarea, estoy realizando una "conducta operante", porque he añadido un estímulo (felicitación) para conseguir aumentar la "frecuencia" de la conducta (hacer bien los deberes)⁹. En este caso hablamos de **refuerzo positivo**. Los

refuerzos positivos de los padres hacia las conductas correctas de los niños tienen una potencia muy alta (tanto más, cuanto más pequeños son), sobre todo si estos refuerzos son sociales (abrazos, palmaditas, besos, alabanzas...). En este sentido es importante resaltar, y hacer ver a los padres, que es contraproducente que se hagan recriminaciones a las conductas negativas, es mejor reforzar las positivas. Así tenderán a desaparecer las primeras. Cuando lo que hacemos es **retirar un estímulo aversivo** que aumenta la frecuencia de la conducta, hablamos de **refuerzo negativo**. Por ejemplo, un niño que no quiere ir al colegio (por la causa que sea), si dice que le duele la tripa (conducta) y su mamá le deja en casa, evitando así enfrentarse a lo que le asusta o disgusta (retiramos el estímulo aversivo); tenderá a repetirse la conducta (dolor de tripa a la hora de irse al colegio). Hablamos de **castigo positivo**, cuando **añadimos un estímulo aversivo** que disminuirá la frecuencia de la conducta; por ejemplo, el sonido altamente molesto que emite una "alarma urinaria" y que utilizamos para disminuir las conductas enuréticas. Cuando lo que hacemos es **retirar un estímulo reforzador**, nos referimos al **castigo negativo o costo de respuesta**, y también conseguirá disminuir la frecuencia de emisión de la conducta. Por ejemplo, quitar un privilegio, como jugar un rato con la videoconsola, si el niño no ha terminado sus deberes.

Técnicas para incrementar conductas positivas

- **Moldeamiento.** Se utiliza para aprender conductas nuevas que todavía no existen en el repertorio individual. Consiste en ir reforzando cada pequeño paso que se consigue. Inicialmente, se pueden facilitar ayudas para efectuar la conducta mediante guías físicas, verbales o imitativas. Las ayudas se irán atenuando progresivamente, y cada nuevo paso será recompensado mediante un refuerzo positivo, dejando de reforzar los pasos anteriores.
- **Modelado.** Se basa en la tendencia a aprender de un modelo. Los niños aprenden muchas cosas por imitación (lo ideal es que el modelo se parezca al sujeto y además no de la sensación de "perfección"; por eso, el mejor modelo será otro niño, aunque los padres deben ser conscientes de que todas sus conductas actúan en el modelado de sus hijos).

- **Premios y economía de fichas.** Los premios se deben escoger según el valor que les otorga el niño y según el esfuerzo que necesite para conseguirlo. Lo mejor es hacerse una lista de posibles premios según los gustos y esfuerzo requerido. La **economía de fichas** es un tipo de refuerzo positivo que consiste en la aplicación inmediata de un reforzador físico (ficha, estrellita, cromos...). Es conveniente confeccionarse primero una lista de **reforzadores eficaces** para el niño; y establecer un número de fichas por las que intercambiar cada uno de estos premios. Hay que especificar la conducta objetivo de intervención, de manera precisa y concreta. Al principio, la entrega de fichas es frecuente para conseguir una mayor motivación, después se hace intermitente. Hay que insistir a los padres que no se pueden conseguir los reforzadores de ninguna otra forma. Al final se establece una fase de desvanecimiento, aumentando el tiempo de entrega de fichas y/o aumentando el número de fichas para conseguir los reforzadores. Se puede introducir **costo de respuesta** (quitar fichas) por la ejecución de la conducta indeseada.
- **Control estimular.** Consiste básicamente en detectar qué estímulos dificultan la conducta que queremos potenciar y qué estímulos la favorecen. Los que la dificultan hay que quitarlos del lugar donde se realiza la conducta, y los que la favorecen hay que resaltarlos en el ambiente o introducirlos si no están. Por ejemplo, si creemos que los juguetes dificultan una conducta de comer adecuada, hay que retirar los juguetes del lugar de la comida antes de la hora de comer y traerlos de nuevo solo cuando el niño haya comido, pero no quitarlos en medio de la comida como castigo.
- **Contratos conductuales**¹⁰. Pueden resultar de utilidad en adolescentes. Se trata de un documento escrito que explicita las acciones que el adolescente (y también a veces los padres) están de acuerdo en realizar; y establece consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Las conductas objetivo deben ser observables y medibles, siendo definidas en términos precisos y claros. Deben establecerse claramente las consecuencias que obtendrá el sujeto por la realización o no de esa conducta. Es

conveniente que se elabore un sistema de registro para observar y medir las conductas emitidas y las consecuencias recibidas. El anexo 6 muestra un ejemplo de contrato conductual.

Técnicas para disminuir o eliminar conductas negativas

- **Extinción.** Consiste en “suprimir el refuerzo continuado” que está teniendo una conducta. Al suprimir este refuerzo, la frecuencia de la conducta tenderá a ir disminuyendo hasta su desaparición; pero inicialmente la frecuencia puede aumentar, y hay que hacer consciente de este hecho a los padres para que no desesperen al comienzo del tratamiento. Es importante identificar todos los reforzadores (por ejemplo, un niño que escupe la comida, puede ser porque el hermano se ríe y habría que sacar al hermano de la habitación; pero también puede ser porque la madre presta atención al niño solo cuando escupe la comida y por lo tanto, tendría que prestarle atención por otras conductas positivas y retirarle la atención en esta). Es muy importante también que los padres sean conscientes de que la extinción se tiene que realizar siempre, porque si cedemos en algún momento, empeoramos el problema; por eso es importante ver a los padres frecuentemente y reforzarles por su persistencia y buen hacer.
- **Tiempo fuera.** Se busca un tiempo donde el niño no va a ser reforzado de ninguna manera. Se utiliza sobre todo en niños de edades comprendidas entre los cuatro y los ocho años. Hay que utilizar un tono neutro (el que lo aplica debe eliminar las reacciones emocionales, no debe decirlo enfadado ni ser irónico y al recogerlo no debe hacerse ningún comentario, ni se le advierte, ni se le amenaza). El área de aislamiento debe ser aburrida pero no atemorizante. Dura aproximadamente “tantos minutos como años tiene el niño”.
- **Refuerzo de conductas alternativas o incompatibles.** Consiste en identificar una conducta incompatible con la que se trata de eliminar (por ejemplo, conducta que se intenta disminuir: jugar con la

videoconsola. Conducta incompatible con aquella: leer). Hay que reforzar esta conducta (dar premios o fichas por cada tiempo que esté leyendo) y dejar en extinción la conducta indeseada (no se hace hincapié en el tiempo que está con la videoconsola, sino en el que está leyendo, reforzándolo y dejando el otro en extinción).

- **Castigo positivo.** Sirve para hacer que determinadas conductas dejen de darse, pero no para hacer que algunas conductas comiencen a darse. Muchas veces las conductas de los niños son para que los adultos les prestemos atención. Si nos limitamos a castigar lo que el niño hace, sin preocuparnos de lo que intenta conseguir, es probable que con el castigo deje de hacer esa conducta, pero buscará otra para conseguir su objetivo (llamar nuestra atención). Como la finalidad que busca el niño es muy importante para él, el castigo que tenemos que aplicar también deberá ser muy importante. Por eso, en muchas ocasiones, los castigos aplicados no son eficaces.

Técnicas cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad y afectivos

Técnicas de desactivación

Técnicas para disminuir la activación fisiológica ante situaciones estresantes o que provoquen ansiedad. Se suele utilizar el control de la respiración y diversas técnicas de relajación.

Técnicas de exposición a estímulos temidos⁹

La exposición en vivo a los estímulos fóbicos, evitando la conducta de escape hasta que la ansiedad remita de forma significativa, es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. La exposición también puede hacerse en imaginación, aunque es más efectiva si se realiza en vivo. La eficacia de la exposición está en función de la exposición repetida y prolongada. La exposición a los estímulos temidos puede ser gradual (exposición gradual o desensibilización sistemática) o de

forma brusca (inundación). Se pueden utilizar técnicas de autocontrol y de relajación para ayudar a enfrentarse al estímulo fóbico, y también autoinstrucciones de valentía. Para utilizar la imaginación en los niños son útiles los cuentos, que hacen imaginarse al niño en una escenificación emotiva, convirtiéndose en una especie de "héroe" que puede enfrentarse a la situación temida.

Técnicas de autocontrol¹⁰

Son útiles en cualquier situación que provoque ansiedad y sentimiento de falta de control, sobre todo en el caso de niños mayores y adolescentes. Pueden utilizarse muchas técnicas, pero hay que resaltar las "autoinstrucciones", como por ejemplo: "Soy más fuerte que el miedo, lo venceré, puedo con él".

Técnicas de solución de problemas¹⁰

Intenta capacitar a las personas para ver los problemas desde una perspectiva distinta, lo que les permite abordarlos de una manera más eficaz. La técnica consiste en elaborar unos pasos de forma sistemática, de manera que primeramente se perfile claramente el problema, desmenuzando bien las situaciones y las respuestas que damos ante estas situaciones. Posteriormente se enumeran varias estrategias de solución, describiendo y valorando las posibles consecuencias positivas y negativas de estas estrategias; ayudando de esa forma a escoger finalmente la alternativa que parezca más adecuada. Resulta interesante poder evaluar posteriormente los resultados.

Reestructuración cognitiva¹⁰

Se basa en la teoría de que no son los acontecimientos externos o las situaciones los que causan o desencadenan nuestras conductas y emociones, sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre esos hechos los auténticos responsables.

Los objetivos esenciales de este procedimiento son:

- Explicar y mostrar al sujeto la influencia que los pensamientos ejercen sobre la conducta y el estado emocional.

- Identificar las creencias irracionales, los pensamientos desadaptativos e ilógicos.
- Cambiar esas creencias o pensamientos por otros más racionales y adaptativos que lleven a conductas no problemáticas y estados emocionales exentos de malestar.

El anexo 5 presenta un cuestionario para ayudarnos a descubrir distorsiones cognitivas en niños depresivos.

Bibliografía recomendada de terapia cognitiva

- Burns DD. El manual de ejercicios de sentirse bien. Barcelona: Paidós; 1999.
- Ellis A, Harper RA. Una nueva guía para una vida racional. Barcelona: Obelisco; 2003.
- Dyer WW. Tus zonas erróneas. Barcelona: Grijalbo; 2008.

Entrenamiento en habilidades sociales

Puede ser de utilidad en la fobia social y en la timidez importante. Se orienta al desarrollo de habilidades nuevas o conductas alternativas a las que posee el sujeto, ampliando su repertorio de conductas adaptativas. Se suelen utilizar métodos psicoeducativos (enseñando habilidades) y métodos de rol-play para mostrar y ensayar estas habilidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merikangas KR. Vulnerability factors for anxiety disorders in Children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14:649-79.
2. Jurbergs N, Ledley DR. Separation anxiety disorder. *Pediatr Ann*. 2005;34:108-15.
3. Corbella B, Alda JA, Sánchez B, Dolz M. Tratamiento psicofarmacológico en urgencias. En: Alda JA, Gabaldón S (eds). *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente*. Barcelona: Masson; 2006. p. 263-315.
4. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:837-44.
5. Rodrigo Alfageme M, Hernández Guillén R. Trastornos depresivos y conducta suicida. *MDP Monogr Pediatr*. 2003;139:33-48.
6. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M (eds). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial médica panamericana; 2008.
7. Sandín B. *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson; 1997.
8. Bragado Álvarez C. *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.
9. Vallejo Pareja MJ, Ruiz Fernández MA. *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1998.
10. Crespo López M, Larroy García C. *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson; 1998.
11. Bas Ramallo F, Andres Navia V. *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.

Anexo 1. Índice de sensibilidad a la ansiedad para niños⁷ (CASI) (versión española)*

Nombre _____ Edad _____

Instrucciones: a continuación se indican algunas frases que los chicos y las chicas utilizan para describirse a sí mismos. Lee detenidamente cada frase y marca con una X delante de la palabra (**Nada, Un poco o Mucho**) que mejor se ajuste a tus sensaciones personales.

No existen contestaciones buenas ni malas. Recuerda que únicamente tienes que señalar la palabra que mejor te describa.

- | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Cuando me siento asustado/a, quiero que la gente no se dé cuenta | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 2. Cuando no puedo concentrarme en mis deberes de clase, me preocupa que pueda estar volviéndome loco/a | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 3. Me asusto cuando siento que tiemblo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 4. Me asusto cuando siento como si me fuera a desmayar | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 5. Es importante para mí controlar mis sentimientos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 6. Me asusto cuando mi corazón late rápidamente | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 7. Me siento violento/a cuando mi estómago hace ruidos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 8. Me asusto cuando siento como si fuera a vomitar | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 9. Cuando noto que mi corazón late rápido, me preocupa que pueda tener algo malo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 10. Me asusto cuando no respiro bien | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 11. Cuando me duele el estómago, me preocupa que pueda estar realmente enfermo/a | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 12. Me asusto cuando no puedo concentrarme en los deberes de clase | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 13. Cuando siento que tiemblo, los otros chicos/as pueden también darse cuenta | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 14. Me asusto cuando noto en mi cuerpo sensaciones nuevas o poco habituales | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 15. Cuando tengo miedo, me preocupa que pueda estar loco/a | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 16. Me asusto cuando me siento nervioso/a | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 17. Me gusta no mostrar mis sentimientos a los demás | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 18. Me asusto cuando siento en mi cuerpo sensaciones extrañas o inesperadas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Mucho |

*Sandín B, Chorot P, McNally RJ. Validation of de Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. Behav Res Ther. 1996;34:283-90.

Anexo 2. Versión española del Separation Anxiety Symptom Inventory⁷ (SASI)*

Nombre _____ Edad _____

Sexo: Chico Chica

Instrucciones: A continuación se indican algunas frases relacionadas con cosas que los chicos y chicas a veces piensan o sienten. Lee detenidamente cada frase y marca para cada una de ellas con una X en el espacio correspondiente a una de las alternativas (muchas veces, bastantes veces, pocas veces, nunca).

	Muchas veces	Bastantes veces	Pocas veces	Nunca
1. No quiero ir al colegio				
2. Me da miedo que le pase algo a alguno de mis padres cuando estoy fuera de casa				
3. No quiero quedarme sola en casa				
4. Antes de ir al colegio tengo síntomas físicos como dolores de estómago, náuseas o dolores de cabeza				
5. Tengo miedo de que puedan ocurrirles accidentes a alguno de mis familiares cuando no estoy con ellos				
6. Cuando me encuentro en lugares desconocidos, tengo miedo a perderme				
7. Me imagino que monstruos o animales pueden atacarme cuando me encuentro solo/a en casa				
8. Cuando estoy solo/a tengo miedo a los desconocidos				
9. Tengo pesadillas relacionadas con violencia hacia mí o hacia mi familia				
10. Si estoy separado/a de mi familia me siento muy infeliz				
11. Cuando me encuentro solo/a temo que me dañen o me raptan				
12. Sueño despierto/a que estoy con mi familia cuando estoy fuera de casa				
13. Me da miedo ir a dormir solo/a				
14. Me encuentro muy tenso/a antes de ir al colegio				
15. Me da miedo la oscuridad				

*Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Blaszczyński A, Wagner R, Henry J. The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). Aust N Z J Psychiatry. 1993;27:477-88.

(Versión española de B. Sandín. En: Sandín B. Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson; 1997.)

Anexo 3. Psicofármacos en Pediatría

Tipo de fármaco	Preparado comercial	Dosis	Potencia antipsicótica	Acción sedante
NEUROLÉPTICOS				
1. Risperidona	Risperdal®: VO Sol. 1 mg/1 ml Comp 1 y 2 mg Flas 0,5 y 1 mg	Inicial: 0,25-0,50 mg/día Rango dosis 0,25-9 mg/día	Alta	
2. Clorpromacina	Largactil®: VO Sol. 1 gota/1 mg Comp. 25 y 100 mg	Inicial: 0,5 mg/kg/día Rango dosis 25-400 mg/día	Baja	Alta
BENZODIAZEPINAS			Acción ansiolítica	Absorción/acción
1. Diazepam	Diazepam®: VO Gotas 1 ml/2 mg Supos. de 5 mg Comp. 2,5, 5 Stesolid® susp. rectal: 5 y 10 mg	Rango dosis 2,5-20 mg/día	Baja potencia	Rápida/prolongada
2. Lorazepam	Orfidal®: VO Comp. 1 mg	Rango de dosis: 0,5-5 mg/día	Baja potencia	Rápida/corta
3. Clonazepam	Rivotril®: VO Gotas: 1 ml/2,5 mg Comp 0,5 y 2 mg	Inicial: 0,01-0,03 mg/kg/día Rango de dosis: 0,25-3 mg/día	Alta potencia	Intermedia/intermedia
4. Clorazepato dipotásico	Tranxilium® Sobres 2,5 mg	0,25-3 mg/día	Baja potencia	Intermedia/larga
ANTIISTAMÍNICOS			Acción sedante e hipnótica	
1. Hidroxicina	Atarax®: VO Sol. 5 ml/10 mg Comp 25 mg	Dosis 2 mg/kg/día Por edad: 1-5 años: 20-30 mg/día 6-10 años: 40-60 mg/día ≥10 años: 50-100 mg/día	Sí	
2. Difenhidramina	Benadryl®: VO Sol 5 ml/12,5 mg	5 g/kg/día	Sí	

Anexo 4. Cuestionario de depresión infantil (Children's Depression Inventory) (CDI)*

Marca con una cruz la frase que mejor refleje tu situación:

- | | |
|--|--|
| <p>1. 0 <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando
1 <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces
2 <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre</p> <p>2. 2 <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien
1 <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
0 <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p> <p>3. 0 <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas
1 <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas
2 <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p> <p>4. 0 <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas
1 <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas
2 <input type="checkbox"/> Nada me divierte</p> <p>5. 2 <input type="checkbox"/> Soy malo siempre
1 <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces
0 <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p> <p>6. 0 <input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
1 <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas
2 <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles</p> <p>7. 2 <input type="checkbox"/> Me odio
1 <input type="checkbox"/> No me gusta como soy
0 <input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p> <p>8. 2 <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía
1 <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía
0 <input type="checkbox"/> General. no tengo la culpa de que ocurran cosas malas</p> <p>9. 0 <input type="checkbox"/> No pienso en matarme
1 <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría
2 <input type="checkbox"/> Quiero matarme</p> <p>10. 2 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días
1 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días
0 <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando</p> <p>11. 2 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre
1 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces
0 <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando</p> <p>12. 0 <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente
1 <input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente
2 <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente</p> <p>13. 2 <input type="checkbox"/> No puedo decidirme
1 <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme
0 <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente</p> | <p>14. 0 <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto
1 <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
2 <input type="checkbox"/> Soy feo/a</p> <p>15. 2 <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
1 <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
0 <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. 2 <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme
1 <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme
0 <input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p> <p>17. 0 <input type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando
1 <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días
2 <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p> <p>18. 2 <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer
1 <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer
0 <input type="checkbox"/> Como muy bien</p> <p>19. 0 <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad
1 <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
2 <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad</p> <p>20. 0 <input type="checkbox"/> Nunca me siento solo
1 <input type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces
2 <input type="checkbox"/> Me siento solo siempre</p> <p>21. 2 <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio
1 <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
0 <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces</p> <p>22. 0 <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos
1 <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
2 <input type="checkbox"/> No tengo amigos</p> <p>23. 0 <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno
1 <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
2 <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien</p> <p>24. 2 <input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños
1 <input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
0 <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños</p> <p>25. 2 <input type="checkbox"/> Nadie me quiere
1 <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera
0 <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere</p> <p>26. 0 <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen
1 <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen
2 <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen</p> <p>27. 0 <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente
1 <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces
2 <input type="checkbox"/> Me peleo siempre</p> |
|--|--|

*Es aplicable desde 6-17 años.

El punto de corte se sitúa en una puntuación de 19.

Es importante ver la respuesta a la pregunta 9, sobre ideación autolítica.

Conviene quitar la puntuación de las preguntas cuando se pase el test al niño.

Anexo 5. Cuestionario de distorsiones cognitivas para niños¹¹ (CDCN-1) Bas (1987)

Nombre _____ Edad _____

Fecha _____

Queremos saber si tienes pensamientos de este tipo, iguales o parecidos.

Si los tienes, pon un aspa (X) sobre el cuadrado que hay a continuación, debajo de la columna SÍ. Si no los tienes, pon igualmente un aspa (X) sobre el cuadrado que hay después, debajo de la columna NO.

	Sí	No
Yo, o hago bien las cosas o las hago mal, o soy bueno o soy malo, o feliz o infeliz, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando pierdo en un juego, pienso que nunca ganaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo pierdo una cosa cualquiera: eso significa que soy un desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando pienso en mí, tengo más en cuenta las cosas malas que las buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un amigo no me saluda. Está pensando que soy un mal amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como las cosas me van mal, en el futuro también me seguirán saliendo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi todo el mundo tiene más éxitos que yo, y cometo más errores que la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me siento mal es porque las relaciones con mis familiares o con mis amigos o con el colegio son malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis padres o los profesores o mis amigos deberían comportarse de otra manera, y yo tendría que ser distinto a como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando pienso sobre mí mismo me suelo decir mucho "soy tonto", "soy estúpido", "no entiendo nada", "soy malo", "siempre me equivoco", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre que mis padres están mal y se enfadan entre ellos o siempre que mis amigos se pelean y yo estoy con ellos es por culpa mía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 6. Modelo básico de contrato conductual bilateral¹⁰

Puestos de común acuerdo: Cliente 1 Cliente 2

Consienten en aceptar lo siguiente:

Cliente 1

Se comprometo a realizar las siguientes conductas: _____

A cambio de estas conductas, el Cliente 1 obtendrá: _____

Cliente 2

Se comprometo a realizar las siguientes conductas: _____

A cambio de estas conductas, el Cliente 2 obtendrá: _____

El incumplimiento por cualquiera de las partes de este contrato, supondrá: _____

Este contrato será efectivo desde el día de la fecha, y tendrá una vigencia de X días, periodo tras el cual será revisado y renegociado por las partes implicadas.

Lugar y fecha.

Firma Cliente 1

Firma Cliente 2

Firma Terapeuta