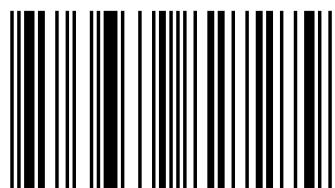


Vigilando la Salud Mental Infantil en Atención Primaria

La intención de este libro está orientada para que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas semiológicas básicas para llevar a cabo la vigilancia del desarrollo de la salud mental en la infancia y adolescencia. A partir de la información proporcionada por los padres, cuidadores o personas a cargo de los infantes, mediante la aplicación de un cuestionario breve y sencillo, se muestra que es posible identificar problemas potenciales de salud mental, cuya vigilancia y seguimiento en los servicios de atención primaria a la salud es indispensable a fin de prevenir e intervenir de manera temprana ante condiciones potenciales o francamente patológicas. El material clínico obtenido en escenarios de la práctica médica general, mostrado a manera de viñetas, ha permitido la investigación acerca del conocimiento, ideas prevalentes y actitudes. Adicionalmente, se presenta una guía para orientar el manejo parental. En su conjunto, la obra responde a algunas de las necesidades y tareas requeridas para afrontar los grandes retos en relación a la salud mental global.



El Dr. Jorge Javier Caraveo-Anduaga es Médico Cirujano, Psiquiatra, Psicoanalista, Maestro en Salud Pública y Doctor en Ciencias de la Salud, UNAM. Fellow on Sociological and Epidemiological Psychiatry con la OMS. Profesor de Pregrado y Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría, México.



978-3-639-82727-9

editorial académica española

Vigilando la Salud Mental Infantil



Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Vigilando la Salud Mental Infantil en Atención Primaria

Guías prácticas para profesionales e investigadores de la salud

eae
editorial académica española

Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Vigilando la Salud Mental Infantil en Atención Primaria

Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Vigilando la Salud Mental Infantil en Atención Primaria

**Guías prácticas para profesionales e investigadores
de la salud**

Editorial Académica Española

Impressum / Aviso legal

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Información bibliográfica de la Deutsche Nationalbibliothek: La Deutsche Nationalbibliothek clasifica esta publicación en la Deutsche Nationalbibliografie; los datos bibliográficos detallados están disponibles en internet en <http://dnb.d-nb.de>.

Todos los nombres de marcas y nombres de productos mencionados en este libro están sujetos a la protección de marca comercial, marca registrada o patentes y son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. La reproducción en esta obra de nombres de marcas, nombres de productos, nombres comunes, nombres comerciales, descripciones de productos, etc., incluso sin una indicación particular, de ninguna manera debe interpretarse como que estos nombres pueden ser considerados sin limitaciones en materia de marcas y legislación de protección de marcas y, por lo tanto, ser utilizados por cualquier persona.

Coverbild / Imagen de portada: www.ingimage.com

Verlag / Editorial:

Editorial Académica Española

ist ein Imprint der / es una marca de

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Bahnhofstraße 28, 66111 Saarbrücken, Deutschland / Alemania

Email / Correo Electrónico: info@omniscriptum.com

Herstellung: siehe letzte Seite /

Publicado en: consulte la última página

ISBN: 978-3-639-82727-9

Zugl. / Aprobado por: México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Copyright / Propiedad literaria & cop Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Copyright / Propiedad literaria © 2016 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Todos los derechos reservados. Saarbrücken 2016

INDICE

| | |
|---|----|
| Prólogo | |
| Primera parte: Guía clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria, utilizando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) | |
| Jorge Javier Caraveo-Anduaga | 1 |
| Introducción | 2 |
| Intención de la Guía | 3 |
| Enfoque de la evolución psicopatológica | 4 |
| 1. Contexto biológico | |
| 2. Contexto individual | |
| 3. Contexto familia | |
| 4. Contexto social | |
| 5. Contexto cultural | |
| Perspectiva organizacional del desarrollo de la psicopatología | 5 |
| Factores de vulnerabilidad y potenciadores | 6 |
| Factores protectores y resiliencia | 7 |
| Mecanismos de protección | 8 |
| Definición e identificación de caso para la población infantil y adolescente | 9 |
| Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD) | |
| Criterio global para identificar la presencia de psicopatología | |
| Agrupaciones de síntomas y diagnósticos sindromáticos | 18 |
| Síndromes de exteriorización | 19 |
| Impulsividad | |
| Hiperactividad | |
| Déficit de la atención | |
| Probable conducta oposicionista desafiante (COD) | |
| Problema de conducta grave (PCg) | |
| Problema de conducta moderado (PCm) | |
| Pautas para la identificación de síndromes de exteriorización | |
| Síndromes de Interiorización | 31 |
| Probable condición depresiva grave 2 (CDg2) | |

| | |
|--|-----------|
| Probable condición depresiva grave 1 (CDg1) | |
| Probable condición depresiva moderada 2 (CDm2) | |
| Probable condición depresiva moderada 1 (CDm1) | |
| Probable ansiedad generalizada | |
| Probable ansiedad con inhibición | |
| Pautas para la identificación de síndromes de interiorización | |
| Otros Síndromes | 42 |
| Problema del lenguaje grave | |
| Problema del lenguaje moderado | |
| Probables manifestaciones epilépticas graves | |
| Probables manifestaciones epilépticas moderadas | |
| Conducta explosiva con probable daño cerebral | |
| Conducta explosiva como probable rasgo exacerbado | |
| Pautas para la identificación de otros síndromes | |
| Viñetas Clínicas | 47 |
| Referencias bibliográficas | 58 |
| Segunda Parte: Manual para identificar estigma hacia problemas de salud mental en niños y adolescentes. | |
| Aplicable a profesionales de la salud. | |
| Jorge Javier Caraveo-Anduaga, Alejandra Soriano Rodríguez | 62 |
| Introducción | 63 |
| Antecedentes | 65 |
| Salud Mental | |
| Principales problemas de salud mental en niños y adolescentes | |
| Conocimiento del médico general sobre salud mental de los niños y adolescentes | |
| Profesionalismo y estigma | |
| Cuestionario para Personal de Salud del Primer Nivel de Atención | 73 |
| Descripción del Cuestionario para Personal de Salud | |
| Contenido del instrumento | |
| Instrucciones para la aplicación del cuestionario | 75 |
| Componentes para el análisis e interpretación de datos | 77 |
| Referencias bibliográficas | 81 |

| | |
|--|-----|
| Tercera Parte: Guía para orientar el manejo parental de la conducta de niños y adolescentes en la práctica clínica. | |
| Alejandra Soriano Rodríguez , Fabiola Jael García Anguiano, Jorge Javier Caraveo-Anduaga | 85 |
| Antecedentes | 86 |
| Introducción | 88 |
| Objetivos de la guía | 91 |
| Definición de interacción social positiva | 92 |
| Práctica de crianza efectiva | 94 |
| Figura 1. Crianza efectiva en el manejo de la conducta del niño y adolescente | |
| Implicaciones y estrategias específicas de la crianza efectiva de los padres | 97 |
| Figura 2. Muestra de una tabla de incentivos | |
| Cuadro 1. Recomendaciones para los padres respecto al uso de la tabla de incentivos | |
| Figura 3 | |
| Técnicas de disciplina | |
| Cuadro 2 Recomendaciones para los padres respecto a las técnicas de disciplina | |
| Conclusiones | 112 |
| Referencias bibliográficas | 113 |
| Apéndice | 117 |
| Términos básicos | |
| Aspectos éticos | |
| Anexos | |
| Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) valoración inicial | 122 |
| Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) versión para seguimiento | 124 |
| Cuestionario para Personal de la Salud | 126 |

Prólogo

La intención de este libro está orientada para que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas semiológicas básicas para llevar a cabo la vigilancia del desarrollo de la salud mental en la infancia y adolescencia.

A partir de la información proporcionada por los padres, cuidadores o personas a cargo de los infantes, mediante la aplicación de un cuestionario breve y sencillo, se muestra que es posible identificar problemas potenciales de salud mental, cuya vigilancia y seguimiento en los servicios de atención primaria a la salud es indispensable a fin de prevenir e intervenir de manera temprana ante condiciones potenciales o francamente patológicas.

El material clínico obtenido en escenarios de la práctica médica general, mostrado a manera de viñetas, ha permitido la investigación acerca del conocimiento, ideas prevalentes y actitudes entre el personal de los servicios de atención primaria, tarea que resulta indispensable en la planeación de la atención a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

De manera complementaria, y como una acción de baja intensidad en el marco de un sistema escalonado de atención a los problemas de salud mental en los menores, se presenta una guía para orientar el manejo parental.

En su conjunto, la obra responde a algunas de las necesidades y tareas requeridas para afrontar los grandes retos en relación a la salud mental global.

PRIMERA PARTE

**Guía clínica para la Identificación de
problemas de salud mental en niños y
adolescentes en la atención primaria,
utilizando el Cuestionario Breve de
Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)**

Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Introducción

Los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente en México se han incrementado en los últimos 15 años. De acuerdo a estudios epidemiológicos realizados en los años 1988 y 1995 (Caraveo, Medina, Tapia, Rascón, Gómez & Villatoro, 1993; Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, López-Lugo & Martínez, 1995a) se estimaba que 7% de la población entre 4 a 16 años cursaba con un problema grave de salud mental mientras que otro 7% manifestaba algún problema menos severo. Otros estudios realizados en el año 2005 entre la población infantil y adolescente que acude a los servicios de atención primaria en centros de salud del Distrito Federal han mostrado que 40% presentan algún tipo de problema y al menos la mitad de ellos, corresponden a condiciones complicadas (Caraveo-Anduaga, 2007; Caraveo & Soriano, 2011c). De la misma manera, un estudio epidemiológico realizado entre la población adolescente del área metropolitana de la Ciudad de México reportó una prevalencia de 39%, donde al menos 20% corresponden a trastornos más graves (Benjet., Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009).

La importancia de la detección y atención oportuna de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia radica en tres aspectos principales:

1. Los estudios de seguimiento han mostrado que la mayoría de los problemas mencionados tienden a persistir a lo largo de la vida o dan lugar a otro tipo de patologías en etapas subsecuentes de la vida, sea en el tránsito de la infancia a la adolescencia o de la adolescencia a la edad adulta (Costello, Copeland & Angold, 2011).
2. La mayoría de los niños y adolescentes que acuden a los servicios de salud mental corresponden a casos complicados cuyas manifestaciones tempranas no fueron identificadas ni atendidas a tiempo (Caraveo & Mas, 1990; Caraveo, Colmenares & Martínez, 2002).
3. En otros estudios se ha demostrado que la identificación y señalamiento por parte del personal médico de primer contacto respecto a conductas potencialmente problemáticas en los pacientes atendidos, han resultado útiles en la prevención del desarrollo de alguna adicción, así como de otros problemas de salud asociados al consumo de sustancias. De la misma forma, se puede actuar respecto de los problemas y manifestaciones incipientes de los trastornos de la salud mental durante la infancia y adolescencia.

Intención de la Guía

El propósito de esta guía es facilitar a los médicos y otros profesionales de la salud en el primer nivel de atención, la identificación de conductas o modos de comportarse de los infantes y adolescentes que sugieren la existencia de posibles problemas en el desarrollo de la salud mental o psicopatología.

El marco de referencia parte de la consideración de que este tipo de problemas representan una desviación del desarrollo normal, y por lo tanto, corresponden a conductas que la mayoría de los niños y adolescentes pueden presentar en las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo; que si persisten más allá de ciertos límites, indican un posible riesgo o una afectación. La vigilancia de la evolución de estos comportamientos dará al profesional de la salud las bases para normar su criterio respecto de la atención de este tipo de problemas en infantes y adolescentes.

Enfoque de la evolución psicopatológica

El ser humano es una unidad bio-psico-social y cultural, es decir somos altamente complejos y a diferencia de otros seres, poseemos una enorme capacidad de aprendizaje. Además, nacemos más indefensos que cualquier otro ser y el período de crecimiento y desarrollo para llegar al estado adulto se extiende hasta los 20 años de edad aproximadamente. A lo largo de ese tiempo, la influencia de variables de los cuatro subsistemas- biológico, psicológico, social y cultural- interactúan, mediadas principalmente por la familia y por el entorno social inmediato, en la conformación de la personalidad y en el proceso de salud-enfermedad.

De esta forma, Wenar & Kerig (2006) mencionan que el marco del desarrollo incluye la dimensión del tiempo a través de cinco contextos del desarrollo: biológico, individual, familiar, social y cultural, los cuales se describen a continuación.

1. Contexto biológico

Involucra un número de influencias orgánicas que son relevantes para el entendimiento del desvío del desarrollo normal: genético (Conjunto de rasgos, ideas, circunstancias sociales, etc., que se transmiten), neuropsicológico (la relación entre las funciones neurológicas, psicológicas, la química cerebral y las estructuras cerebrales) y el temperamento (tipo, características y dimensiones de la forma de ser de cada persona).

2. Contexto individual

Concierne a las variables psicológicas de cada persona, es decir, el desarrollo cognitivo (los intentos del niño para adaptarse al medio ambiente, comprensión del entorno físico y social), el desarrollo emocional (tipo de apego, tormentas emocionales, entornos interactivos, cuidado y socialización) y las expectativas interiorizadas acerca de las relaciones con los demás tales como el apego, desarrollo del Yo, el desarrollo moral y los relativos al sexo y género.

3. Contexto familiar

Es sumamente importante en el contexto del desarrollo del niño. Existen diferentes patrones normativos de estructura familiar, crianza y tipo de relación; así como disolución de límites parentales, divorcios y conflictos interpersonales entre los padres; maltrato y violencia familiar. En los extremos patológicos de los comportamientos infantiles asociados con esos

patrones, en los extremos patológicos se ha identificado la influencia de la negligencia y el abuso sexual. Se recomienda mirar a la familia desde una perspectiva de sistema familiar, poniendo en relieve las cualidades de la familia que influyen en el desarrollo.

4. Contexto social

Donde se incrementa el curso del desarrollo. Se recomienda poner especial interés en las relaciones positivas e involucramiento entre pares, como la popularidad, la amistad, así como su contraparte negativa, el rechazo y las conductas antisociales. También debe considerarse el papel de los adultos que no son de la familia, como los maestros u otras figuras de autoridad que pueden proveer al niño de modelos positivos o negativos.

5. Contexto cultural

Juega un papel importante con factores que pueden incrementar el riesgo o protegerlo de la psicopatología. Algunos de estos factores son la clase social (en particular la pobreza), la raza, la etnia así como las normas culturales y las expectativas. La cultura puede afectar el riesgo de que una conducta pueda ser considerada como psicopatológica.

En cuanto a las interacciones hay que ver la forma en que los diversos contextos interactúan entre sí, pues también son factores que influyen en el desarrollo de la psicopatología.

Perspectiva organizacional del desarrollo de la psicopatología

El enfoque de la evolución psicopatológica no sigue un modelo teórico unitario, sino que es una guía para una perspectiva organizacional del niño y adolescente.

- ❖ Esta perspectiva ve al organismo humano de una manera holística como un sistema integrado y dinámico en el cual todos los dominios del desarrollo – cognitivo, social, emocional y biológico- están en continua interacción uno con otro.
- ❖ El desarrollo por sí mismo es considerado de manera jerárquica. El crecimiento psicológico es un proceso que incrementa la complejidad y la organización, tales como las nuevas estructuras que emergen de lo que han sido antes.

La clave para entender el desarrollo en esta perspectiva es atender las tareas, actitudes y conductas claves de cada etapa. El desarrollo previo puede tener un

efecto restrictivo o favorecedor en el futuro, que tiende a incrementar o disminuir la probabilidad de psicopatología, como un efecto no predeterminado.

En el continuo entre el desarrollo normal y anormal, muchos de los factores y los mecanismos de riesgo en cada contexto, es decir, factores individuales, sociales o ambientales pueden intervenir para cambiar el curso del desarrollo.

Riesgo es una condición o circunstancia que incrementa la probabilidad para el desarrollo de psicopatología. A continuación se describe riesgo para cada contexto.

En el contexto biológico, el riesgo puede involucrar defectos de nacimiento, daño neurológico, nutrición inadecuada o alguno de los padres con un trastorno de origen genético.

En el contexto individual, el riesgo puede presentarse en forma de un déficit en la inteligencia, baja auto eficacia, o un deficiente auto control.

En el contexto familiar, el riesgo puede tomar la forma de negligencia parental.

En el contexto interpersonal, los pares (compañeros) antisociales pueden representar un riesgo.

En el contexto cultural, el riesgo puede surgir de la pobreza o de la violencia.

Mientras que los riesgos singulares tienen un limitado poder predictivo, los riesgos múltiples, tienen efectos acumulativos. Por lo tanto, se recomienda hacer una valoración de las ventajas y desventajas existentes en cada contexto y para cada caso. Pensar en una relación simple de causa-efecto no explica la compleja naturaleza del desarrollo del niño.

Factores de vulnerabilidad y potenciadores

Ser vulnerable incrementa la probabilidad de la respuesta del niño a la condición de riesgo. Es decir, incrementa la probabilidad de psicopatología, particularmente para los niños que son susceptibles de ésta, emergiendo como un efecto de interacción.

Rutter (1990) ha identificado algunos factores de vulnerabilidad o elementos condicionantes que contribuyen al riesgo, tales como:

1. Género: los niños tienen mayor probabilidad de problemas de conducta que las niñas ante la presencia de tensiones en el hogar.
2. Temperamento: los infantes con un temperamento difícil, son blanco de la irritabilidad, crítica y hostilidad de los padres.
3. Ausencia de una buena relación con los padres.
4. Escasas habilidades de planeación.

5. Falta de experiencias escolares positivas.
6. Falta de cuidado afectivo.
7. Deficiente habilidad para socializar.
8. A nivel socio-cultural, los niños con características personales que no encajan en las expectativas del grupo social.

Un factor potenciador es aquel elemento que exacerba el impacto del riesgo. Por ejemplo, el aislamiento social puede potenciar los efectos de otros estresores ambientales tales como la violencia.

Factores protectores y resiliencia

Los niños que logran hacer un buen ajuste a pesar de tener riesgos, son llamados resilientes. Algunos autores como Werner & Smith (1992) mencionan que a través del modelo de psicopatología del desarrollo, se entiende la resiliencia como el balance entre el riesgo y los factores protectores. En un estudio de seguimiento, estos autores identificaron tres grupos de factores de protección:

1. Inteligencia normal y atributos personales, entre los que se encuentran: fortaleza, vigor y temperamento sociable, mismos que facilitaron una respuesta positiva en la interacción con familiares y otros adultos.
2. Lazos afectivos con padres substitutos o hermanos mayores que fomentaron la confianza, la autonomía y la iniciativa.
3. El sistema de apoyo externo, como la escuela, la iglesia y grupos de amigos donde se recompensa la capacidad de logros, es decir, la competencia.

El Dr. Ramón de la Fuente enfatizaba que el concepto de competencia social es más relevante que el concepto de adaptación. Competencia, es la capacidad de cumplir los roles sociales, tanto los que le son asignados, a uno, como aquellos a los que aspira. La competencia depende del desarrollo cognitivo y de la percepción de las propias capacidades y de la autoestima, e indudablemente su adquisición es favorecida por estímulos saludables en los años formativos, lo cual incluye la consistencia de las metas e ideales que personas significativas presentan al niño y al adolescente. Por el contrario, las privaciones e inconsistencias culturales tienen efectos adversos en el desarrollo cognitivo y de la personalidad, obstaculizando la adquisición de competencia social. En cualquier sociedad, una proporción elevada de los individuos más vulnerables, son personas que carecen de competencia.

Mecanismos de protección

Rutter (1990) menciona cuatro mecanismos de protección:

1. La reducción del impacto del riesgo, significa que algunas variables actúan para amortiguar en el niño la exposición al riesgo. Por ejemplo, padres que estén al pendiente de sus hijos con el grupo de amigos y los guían en la elección de actividades, juegos y amistades.
2. La reducción de las acciones negativas en cadena. Por ejemplo, el niño que es blanco de la irritabilidad de uno de los padres y en consecuencia, desarrolla problemas de conducta. La intervención estaría orientada para detener este círculo vicioso de comportamiento.
Es importante resaltar que los factores protectores proveen sus efectos a través de sus influencias en las relaciones interpersonales.
3. El desarrollo de la auto-estima y la auto-eficacia, ayuda a los niños a que puedan manejarse exitosamente en los problemas de la vida. Las cualidades de valor, aprecio y consideración se fortalecen a través de prácticas de crianza que refuerzan con afecto positivo los logros obtenidos por los infantes y adolescentes en sus diferentes actividades. Este aspecto requiere atención, ya que en algunos medios se tiende más a señalar los aspectos negativos con regaños hacia los niños, dejando de lado la importancia de exaltar los logros, aciertos y conductas adecuadas de los infantes y adolescentes.
4. La apertura de oportunidades. El desarrollo involucra muchos puntos clave que ofrecen una reducción del impacto de los factores de riesgo, los niños resilientes son quienes toman ventaja de esas oportunidades. Por ejemplo, en los adolescentes, favorecer que sigan estudiando en vez de suspender la escuela, o bien fomentar el desarrollo del talento artístico o de otras habilidades.

Los cuatro aspectos mencionados (la reducción del impacto del riesgo, la reducción de las reacciones negativas en cadena, la promoción de la auto-estima y auto-eficacia y la apertura de oportunidades), son tareas que como profesionales de la salud es menester promover en favor de la salud mental de los niños y adolescentes de la población atendida.

Definición e identificación de caso para la población infantil y adolescente

Desde los inicios del desarrollo de la epidemiología aplicada al campo de los trastornos mentales, expertos de la OMS coincidieron en señalar que “los síntomas son las unidades más susceptibles de estandarizarse, contarse y compararse por medio de la observación” (WHO, 1960) y por lo tanto, considerarlos como la base más apropiada y aceptable de la cual partir para identificar si la persona se puede considerar como “caso”.

Los requisitos para hacer una buena definición de “caso” son:

1. Proveer al clínico con una guía confiable que le permita llegar a una decisión frente a cada sujeto sospechoso o limítrofe.
2. Basarse en síndromes clínicos, catalogados de acuerdo a un sistema aceptado, como la Clasificación Internacional de las Enfermedades -CIE-10, (WHO, 1993) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana -DSM IV- (APA, 1994). Cuando sea necesario, las categorías deberán combinarse o reagruparse para mejorar la discriminación entre “casos” y “no casos”.
3. La definición de categorías individuales deberá basarse en un glosario psiquiátrico que contenga criterios adicionales precisos para inclusión y exclusión.
4. Además del criterio diagnóstico, deberán estipularse uno o más criterios generales para definir el umbral más bajo de morbilidad (Cooper, 1979).

A diferencia de lo que es esperable en el adulto, es decir, una relativa estabilidad, en los niños y adolescentes es totalmente diferente puesto que se encuentran en un proceso activo y constante de desarrollo que implica cambios, muy rápidos, en todas las áreas de su personalidad y de acuerdo a diferentes líneas de desarrollo. Lo que es apropiado en un estadio de desarrollo puede ser indicador de una desviación en otro. Por lo tanto el cuadro clínico en una edad determinada es más variable y dinámico que en el caso de los adultos.

El término síntoma en la psiquiatría infantil se refiere a conductas que llaman la atención del observador. Cuando algunos rasgos, signos o conductas son especialmente llamativos y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de síndromes (Lewis, 1979).

Los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad

adulta asociándose a otros trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente problemas que eventualmente conducen a otras patologías en la adultez (Hosfra, Der Ende & Verhulst, 2000; Costello, Copeland & Angold, 2011).

El malestar psicosocial puede conducir al desarrollo de trastornos psiquiátricos (Costello & Edelbrock, 1988; Jellinek, 1998) y los problemas de salud mental tienden a empeorar con el tiempo, si no son atendidos oportunamente (Bennett & Offord, 2001). La atención de los problemas psicosociales y de conducta ha sido resaltada como un componente crítico para el cuidado del bienestar en la infancia; el tamizaje para identificar problemas conductuales y emocionales ha sido recomendado como una tarea rutinaria de la supervisión del cuidado de la salud (Stein & Wolraich, 1997; Hawkins-Walsh, 2001). Para esto, se requiere de instrumentos sencillos y válidos que permitan a los profesionales de la salud llevar a cabo estas tareas en el primer nivel de atención, dando lugar a un programa de vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia.

Para la evaluación y vigilancia de la salud mental en la población infantil y adolescente de México, se ha trabajado en la construcción de un Cuestionario Breve de Tamizaje y Detección (CBTD), de sencilla aplicación pero con suficiente validez, que permite identificar y explorar conductas clave para el diagnóstico de los problemas y manifestaciones psicopatológicas más comunes en la infancia y adolescencia, con base en los motivos de consulta en los servicios de salud mental (Caraveo, 2006).

Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD)

El CBTD se diseñó para identificar posibles problemas de salud mental en niños y adolescentes tomando como base la experiencia utilizando el RQC y añadiendo 17 preguntas para explorar síntomas frecuentes en los niños y adolescentes por los que se solicitan atención en los servicios de salud mental. El objetivo fue incluir a los síntomas cardinales que orientaran hacia la identificación de probables síndromes y trastornos específicos, con base en el reporte dado por los padres de los niños y adolescentes. En general, las conductas por las que investiga el instrumento tienden a agruparse en constelaciones que señalan la presencia de probables síndromes psicopatológicos que pueden agruparse en problemas de atención, conducta disocial, ansiedad, depresión y otro tipo de alteraciones específicas como problemas del lenguaje, epilepsia y conductas impulsivas (Caraveo-Anduaga, 2007). La eficiencia y validez concurrente del instrumento fue estudiada en

servicios de atención primaria a la salud (Caraveo-Anduaga, López, Soriano, López, Contreras, & Reyes, 2011).

El cuestionario debe ser respondido por un adulto que convive con el menor y que esté al tanto de su conducta y desarrollo. Para cada síntoma y conducta explorada en el cuestionario se pregunta acerca de su presencia, específicamente que ésta fuese de manera frecuente durante el último año, y de su continuidad en el caso de haberse iniciado antes. De esta forma, se busca asegurar que el síntoma o conducta sea significativo y relevante actualmente. Además, se pregunta la edad del inicio de las manifestaciones, para facilitar la evaluación del desarrollo de la condición y sopesarla clínicamente.

Como parte de un programa piloto encaminado a desarrollar la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia, se diseñó la versión de seguimiento del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD-S) para evaluar los cambios en la sintomatología reportada en la evaluación inicial, por lo que en esta versión las opciones de respuesta se orientan a saber si la conducta ha desaparecido, disminuido, está igual o aumentó en los últimos 6 meses, o bien nunca la ha presentado. Sin embargo la frecuencia de seguimiento puede realizarse de acuerdo al objetivo del estudio o de acuerdo con la factibilidad en la población de referencia. Las evaluaciones de seguimiento en el estudio piloto llevado a cabo en un centro de salud, se hicieron al año y a los dos años. Los formatos del CBTD-1 y del CBTD-S se encuentran en la sección de anexos de esta obra.

A continuación se muestran las preguntas del CBTD-1, acompañadas de la forma de presentarlo al adulto que proporcionará la información al momento de utilizarlo en una encuesta o en la sala de espera previamente a la consulta, y los criterios clínicos a tener en cuenta, al momento de la revisión, respecto de cada síntoma o conducta que haya sido reportado como frecuente.

La aplicación del cuestionario inicia con el siguiente texto:

"Por favor dígame si en los últimos 12 meses (nombre del niño(a) / adolescente) se ha comportado frecuentemente así o no, o si hace más de un año que se comporta de esa manera."

"(ENTREVISTADOR: En caso de respuesta positiva, EXPLORE si es reciente o hace más de un año que presenta la conducta, marque solo la casilla que corresponde a la respuesta dada)."

Nota: La numeración de las preguntas obedece a que así está establecido en el cuestionario y es la misma con la que se codificaron los algoritmos en el programa para análisis estadístico. Si requiere la sintaxis para el análisis puede solicitarlo a: caraveoj@imp.edu.mx

Q5. Número de hijo.

En este reactivio se escribe la posición que ocupa el hijo de referencia.

Q6. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprendible, tartamudo)?

Hay algunas alteraciones que aparecen de manera intermitente como el tartamudeo y otras que son continuas como los problemas en la articulación de las palabras, por ejemplo aquellas con R, con L, o con S. Para este síntoma la presencia es lo más importante y no necesariamente su frecuencia.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento la disminución o el aumento será registrada en función de la frecuencia reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q7. ¿Tiene problemas para dormir?

Algunos problemas frecuentes del dormir son: Que no se quiera ir a dormir a la hora que corresponde, que se despierte en las noches, que en las mañanas le cueste trabajo levantarse. En estos síntomas sí es importante el tomar en cuenta la frecuencia. Para precisar la relevancia clínica del síntoma, se recomienda preguntar de acuerdo a lo presentado en el último mes (sin tomar en cuenta el fin de semana y los periodos vacacionales). El síntoma será frecuente cuando el niño lo presente al menos 3 días de la semana.

En el caso de que la entrevista sea de seguimiento tomaremos que el síntoma disminuyó cuando todavía lo esté presentando por lo menos una vez a la semana; cuando se presente menos de una vez a la semana, el síntoma se tomará como desaparecido. El aumento en el síntoma se tomará con cualquier incremento en la frecuencia con respecto a la entrevista anterior.

En el caso de otros trastornos del dormir (como el sonambulismo y los terrores nocturnos) se excluye el criterio de frecuencia tomándose como positivo la presencia del fenómeno. No obstante, en el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento serán en función de la frecuencia reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?

En el caso de este síntoma es importante el criterio de frecuencia y que no sea consecuencia de una enfermedad física diagnosticada. Para determinar la relevancia clínica, se toma como base el criterio de al menos 3 días a la semana. En este caso si se incluyen todos los días de la semana y períodos vacacionales.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la frecuencia reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q9. ¿Se fuga de la casa?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia sino la presencia de la conducta y explorar el contexto en que acontece.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q10. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia sino la presencia de la conducta y explorar el contexto en que acontece.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q11. ¿Es muy nervioso (a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?

En el caso de esta pregunta es importante evaluar si hay síntomas de ansiedad tales como: comerse las uñas, que le suden las manos, que se asuste por todo, que se preocupe mucho, o que tenga muchos miedos. Lo importante para evaluar la relevancia clínica de este síntoma es que alguna o varias de las características mencionadas estén presentes.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la frecuencia reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q12. ¿Es lento para aprender en comparación de otros niños/jóvenes?

En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia. Se recomienda preguntar acerca de los reportes de los maestros.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de lo reportado por el informante y el reporte de los maestros en la evaluación anterior.

Q13. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros niños(as)?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

Para la relevancia clínica de esta pregunta, se debe evaluar la presencia de la conducta de aislamiento en varios ambientes: escolar, familiar, vecindario.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q14 ¿Se orina en la cama en la noche?

Este síntoma se tomará como presente cuando ocurra al menos dos días por semana y a partir de los 5 años.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la frecuencia reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q15. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

Algunas recomendaciones para corroborar la presencia de este síntoma es plantear preguntas tales como: ¿Le cuesta trabajo irse a dormir solo?, ¿Tiene mamitis o papitis?

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q16. ¿Le da miedo ir a la escuela?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q17. ¿No se puede estar quieto (a) en su asiento y siempre se está moviendo?

Es importante evaluar esta pregunta en varios ambientes. La conducta debe ser la queja habitual de maestros, padres u otras personas que tratan con el niño, y para considerarla como presente debe reportarse en al menos 3 días de la semana.

Para la evaluación durante el seguimiento, si se presenta de 1 a 2 días a la semana se considerará que la conducta disminuyó. La conducta se tomará como aumento cuando sea por más de 3 días a la semana.

Q18. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia, pero es importante evaluar si la conducta se presenta al realizar diferentes actividades: para hacer la tarea u otros trabajos, para labores que se le pidan en casa, para las actividades en el salón de clases.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q19. ¿Muchas veces está de mal humor, es irritable y geniudo?

En este síntoma se toma como presente cuando se observe por lo menos 3 días a la semana, o se presente como una conducta esporádica pero con una intensidad fuera de lo común, como por ejemplo: patear, insultar, escupir, romper o aventar cosas.

Para la evaluación durante el seguimiento, si se presenta de 1 a 2 días a la semana se considerará que la conducta disminuyó. La conducta se tomará como aumento cuando sea por más de 3 días a la semana.

Q20. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido?

Deberá estar presente al menos 3 días de la semana.

Para la evaluación durante el seguimiento, si se presenta de 1 a 2 días a la semana se considerará que la conducta disminuyó. La conducta se tomará como aumento cuando sea por más de 3 días a la semana.

Q21. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya problema médico?

Deberá estar presente al menos 3 días de la semana. Se recomienda preguntar por: dolores de estómago, ronchas, comezón, dolores de piernas o brazos, niños quejumbrosos habitualmente.

Para la evaluación durante el seguimiento, si se presenta de 1 a 2 días a la semana se considerará que la conducta disminuyó. La conducta se tomará como aumento cuando sea por más de 3 días a la semana.

Q22. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?

Se tomará como frecuente cuando se presente al menos una vez a la semana y por un periodo de un mes.

En los seguimientos se tomará a la conducta como disminuida cuando se presente al menos una vez al mes y desaparecida cuando se presente una frecuencia menor a la anterior. El aumento se tomará con respecto a la evaluación previa.

Q23. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de lo reportado por el informante en la evaluación anterior.

Q24. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de lo reportado por el informante en la evaluación anterior.

Q25. ¿Es muy desobediente o peleonero(a)?

Se tomará como frecuente cuando se presente al menos una vez a la semana y por un periodo de un mes.

En los seguimientos se tomará a la conducta como disminuida cuando se presente al menos una vez al mes y desaparecida cuando se presente una frecuencia menor a la anterior. El aumento se tomará con respecto a la evaluación previa.

Q26. ¿Dice muchas mentiras?

En esta pregunta si es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

Es importante que el entrevistador haga hincapié en que la conducta se esté presentando en forma habitual, al menos 3 días a la semana.

Para la evaluación durante el seguimiento, si se presenta de 1 a 2 días a la semana se considerará que la conducta disminuyó, y se tomará como aumento cuando sea por más de 3 días a la semana con respecto a la evaluación previa.

Q27. ¿Se niega a trabajar en la escuela?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia, sino el reporte de que la conducta se haya presentado.

En el caso de los seguimientos, se tomará como disminución o aumento de acuerdo con la persistencia de la conducta y los reportes mensuales o bimestrales de los profesores en la evaluación anterior

Q28. ¿Es muy explosivo (a), pierde el control con facilidad?

En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia sino la intensidad de la conducta.

Se recomienda al evaluador el tomar en cuenta la explosividad tanto en términos de furia o enojo, como de felicidad o alegría excesiva.

En las evaluaciones de seguimiento, se tomará en cuenta la evaluación previa; la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia e intensidad de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q29. ¿Padece de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?

En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

El seguimiento se hará en función de persistencia de la conducta en la evaluación previa.

Q30. ¿Se queda mirando al vacío (se queda «en babia»)?

En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

El seguimiento se hará en función de persistencia de la conducta en la evaluación previa.

Q31. ¿Se junta con niños(as)/muchachos(as) que se meten en problemas?

En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

En el caso de los cuestionarios de seguimiento, la disminución o el aumento será registrada en función de la persistencia de la conducta reportada por el informante en la evaluación anterior.

Q32. ¿Toma alcohol o usa drogas?

En esta pregunta no es necesario el tomar en cuenta el criterio de frecuencia.

El seguimiento se hará en función de persistencia de la conducta en la evaluación previa.

Criterio global para identificar la presencia de psicopatología

Para medir la presencia de probable psicopatología y de acuerdo al perfil de las respuestas obtenidas en la población general utilizando el CBTD, se eligió el puntaje a partir del percentil 90, que representa cinco síntomas presentes como normativo para definir el umbral de “caso probable” (Caraveo-Anduaga, 2006).

Los resultados de estudios posteriores, realizados en población que acude a la consulta médica general en centros de salud así como en la población de algunas escuelas, han brindado información para establecer criterios adicionales (Caraveo et al, en preparación):

Casos probables no complicados: puntuación entre 5 a 8 síntomas.

Casos definitivos complicados: puntuación de 9 o más síntomas.

No caso: puntuación de 4 síntomas o menos.

El CBTD-1 puede ser fácilmente utilizado en escenarios de atención primaria, como un primer paso para establecer la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia, empleando no solamente el punto de corte propuesto para definir “probables casos” sino también considerando el número y el tipo de los síndromes de tamizaje. De esta forma: a) Pueden identificarse niños con diferentes perfiles sindromáticos a los cuales dar seguimiento evaluando la presencia de diferentes factores de riesgo; b) Diferentes tipos de intervenciones y medidas terapéuticas pueden someterse a evaluación (Caraveo-Anduaga, López, Soriano, López, Contreras, & Reyes, 2011b).

Agrupaciones de síntomas y diagnósticos sindromáticos

Con base en las asociaciones encontradas entre los síntomas, a través de los diferentes grupos de edad en el total de la muestra estudiada en la población general y las descripciones de los trastornos siguiendo la clasificación del DSM-IV, se elaboraron las siguientes definiciones sindromáticas (Caraveo-Anduaga, 2007), que se presentan en tres grupos: Síndromes de exteriorización, síndromes de interiorización y otros síndromes.

Síndromes de exteriorización

Se consideran como síndromes de exteriorización a las conductas que interfieren negativamente con el desarrollo del niño o el adolescente y que dificultan el proceso de adaptación social, cuyas características afectan principalmente al entorno, es decir que causan malestar en las personas que le rodean. Estos son: La impulsividad, hiperactividad, el déficit de atención, conducta oposicionista desafiante y problemas de conducta.

Impulsividad

Síntomas clave: Es muy desobediente y peleonero; y/o Es muy explosivo, pierde el control con facilidad.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: Roba, se orina en la cama en la noche, es irritable y geniudo; le da miedo ir a la escuela, dice muchas mentiras, se queda mirando al vacío, «en babia»; se junta con niños / muchachos que se meten en problemas.

Si el número de manifestaciones agregadas a los síntomas clave, son dos o más, la impulsividad se considera más severa o con mayor grado de certeza.

Hiperactividad

Síntoma clave: No se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: lenguaje anormal, nervioso o miedoso; demasiado dependiente o apegado; sobrepeso, dice muchas mentiras.

Si el número de manifestaciones agregadas al síntoma clave, son dos o más, la hiperactividad se considera más severa o con mayor grado de certeza.

Déficit de la atención

Síntoma clave: No termina lo que empieza, es muy distraído.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: Es lento para aprender en comparación con otros niños, se aísla y casi nunca juega con otros niños; muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; se niega a trabajar en la escuela, se queda mirando al vacío, «en babia»; se junta con niños o muchachos que se meten en problemas.

Si el número de manifestaciones agregadas al síntoma clave, son dos o más, el déficit de la atención se considera más severo o con mayor grado de certeza.

Con base en la presencia y combinación de los tres sub-síndromes anteriores, se pueden elaborar los siguientes síndromes que indican que el menor cursa con manifestaciones clínicas sugestivas de un probable déficit de atención e hiperactividad (DAH):

Probable déficit de la atención e hiperactividad (tipo mixto)

Se considerará cuando los tres componentes anteriormente definidos, impulsividad, hiperactividad y déficit de la atención, estén presentes independientemente de la severidad de los mismos.

Probable déficit de la atención e hiperactividad (tipo predominantemente inatento, severo)

Se considerará cuando el déficit de atención haya sido severo, dos o más síntomas adicionales, y se acompañe de hiperactividad o de impulsividad, en cualquier grado de severidad.

Probable déficit de la atención e hiperactividad (tipo predominantemente inatento, leve)

Se considerará cuando el déficit de atención haya sido leve, sólo con un síntoma adicional, y se acompañe de hiperactividad o de impulsividad, en cualquier grado de severidad.

Probable déficit de la atención e hiperactividad (tipo hiperactivo-impulsivo)

Se considerará cuando solamente se presenten la hiperactividad y la impulsividad, en cualquier grado de severidad, y sin déficit en la atención.

Estos síndromes son frecuentes entre la población estudiada y se asocian a una diversidad de problemas, dando lugar a casos complicados, especialmente porque no son detectados a tiempo.

La hiperactividad e impulsividad, son características que predominan más entre los niños, mientras que la inatención prevalece más entre las niñas y puede pasar desapercibida hasta la pubertad y el inicio de la instrucción secundaria, en donde los problemas con el desempeño escolar se hacen evidentes.

Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha cobrado relevancia en los últimos años. La condición, de ninguna manera representa una

entidad diagnóstica nueva, ni una moda. Las primeras descripciones del trastorno datan de 1902, en textos pediátricos, neurológicos y psiquiátricos europeos. Lo que es relativamente nuevo es la forma de concebir, abordar, estudiar y tratar el problema. Por ejemplo, todavía en la década de los años 70, se hacía referencia al trastorno como un "daño cerebral mínimo" y se pensaba que era producto de una inmadurez de las estructuras cerebrales y que con el tiempo, usualmente hacia el inicio de la adolescencia el problema se resolvería espontáneamente. Ahora sabemos que no es así, y que si bien algunas de las manifestaciones observadas en la infancia tienden a desaparecer, en realidad adquieren una forma diferente. Por ejemplo, la hiperactividad es reemplazada por cierta inquietud tanto subjetiva como objetiva en los adolescentes y en las personas adultas. Otras, como la impulsividad y el déficit de la atención tienden a persistir en más de la mitad de los casos ocasionando diversos grados de discapacidad.

Los niños con TDAH llaman la atención tanto por su molesta conducta disruptiva como por su bajo desempeño escolar. En la actualidad, el síndrome es un paradigma de un verdadero trastorno bio-psicológico, que ha generado interés tanto clínico como de investigación en diferentes disciplinas (Taylor, 1995).

El trastorno puede considerarse como un problema de salud pública en virtud de la magnitud y las repercusiones que conlleva, dado que el problema no sólo afecta el desarrollo y desempeño del individuo sino que acarrea repercusiones en su entorno inmediato tanto a nivel familiar como escolar y consecuentemente, en el desempeño social y económico a medida en que la edad avanza.

Ahora bien, la mayoría de los síntomas que integran el síndrome son manifestados, por momentos, en todos los niños en edad pre-escolar, e iniciando la etapa escolar, en virtud de que las vías nerviosas se encuentran en proceso de maduración. La diferencia radica en que los síntomas son más severos y generalizados en aquellos con el trastorno; conforman un síndrome, es decir un conjunto de signos y síntomas que están presentes por años, y no son reacciones temporales ante una situación estresante.

El tratamiento del problema no se circumscribe a un solo ámbito o disciplina; se requiere la participación activa, decidida e informada tanto de los padres, los médicos, los psicólogos y los maestros para ofrecer contención y guía a los niños afectados. En la medida en que se comprenda el problema, es como se podrá avanzar en las estrategias de tratamiento que resulten más eficaces para lidiar con esta condición.

En virtud de la difusión que se ha hecho respecto de este trastorno, por una parte afortunadamente, se ha empezado a reconocer; por otra, es que a muchos niños "problemáticos" y otros con otro tipo de trastornos, se les mal identifica con déficit de la atención.

Hacia la comprensión del problema del TDAH

Entre las funciones mentales, la atención constituye una parte fundamental para integrar la información a nivel perceptivo y consecuentemente, para el aprendizaje y modulación de la conducta.

A la atención se le ha dividido para su estudio en: cuanto a la intensidad, persistencia, selectividad y control. Una deficiencia en el primer aspecto, es comúnmente identificada como falta de concentración. Por otra parte, a las personas que muestran dificultad para identificar diferentes fuentes de información, se les describe como distraídas, en la medida en que su atención es puesta en diversos aspectos irrelevantes. La dificultad para sostener la atención se manifiesta en una reducción en el tiempo. Así, en términos de la conducta ésta mostrará poca persistencia y, principalmente, actividades de corta duración. Las anormalidades en el control de la atención dan lugar a diferentes descripciones de conductas alteradas: un estilo impulsivo de respuesta, distracción, perseverancia y rigidez. Es claro que la falta de perseverancia y una selectividad alterada, en apariencia son diferentes tipos de problemas. Sin embargo, cuando se menciona que una persona es distraída puede ser que muestre alteraciones sólo en uno o en ambos aspectos.

En los modelos neurológicos, a la atención se le vincula con otras funciones denominadas "ejecutivas", mismas que organizan, activan, enfocan, integran y dirigen, permitiendo así que el cerebro realice actividades tanto rutinarias como creativas (Brown, 2000a). Como ya fue mencionado, en el TDAH hay alteraciones en el procesamiento cognitivo de alto nivel, afectando las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y el sistema de inhibición conductual (Brown, 2000a). Es importante puntualizar que estas funciones están intactas, pero no hay el procesamiento adecuado. De esta forma y en relación a los subtipos del TDAH, se considera que en el hiperactivo/impulsivo hay un déficit en la inhibición conductual; en el tipo inatento hay problemas en las funciones ejecutivas; y en el tipo combinado hay alteraciones en ambas funciones.

Es menester puntualizar que las personas nacen y se desarrollan con esta condición y que por lo tanto estructuran su vivencia a partir de este modo de ser. En otras palabras, no es que no quieran, es que les resulta materialmente

imposible ser de otra manera. De aquí, el reto para la contención, encauzamiento y tratamiento.

Las diferentes conductas descritas como “hiperactividad” pueden constituir problemas insidiosos que afectan o ponen en riesgo el desarrollo de la personalidad. Una característica de la hiperactividad es que puede ser específica ante algunas situaciones o generalizada, ésta última es la que adquiere una significación clínica para este tipo de trastorno.

En la etapa pre-escolar, la inquietud o sobre actividad en los niños es un aspecto frecuentemente señalado por los padres y algunos maestros. Ahí, es difícil determinar si esta queja es un comentario válido acerca de una desviación del desarrollo o si es reflejo de una reducida tolerancia de los adultos acerca de la conducta de los menores. Sin embargo, la persistencia de una conducta distraída y escasamente modulada acarrea más y más problemas en el ámbito escolar; conlleva el riesgo de no aprender, de ser rechazado por los otros niños y aislarse o juntarse con otros chicos “problemáticos”. Así, la hiperactividad es un factor de riesgo para el resultado en etapas finales de la niñez y en la adolescencia. El resultante más adverso es el desarrollo de conductas agresivas, antisociales, y si las condiciones sociales lo fomentan, la delincuencia.

La impulsividad en el TDAH no es sólo generalizada, es el síntoma con mayor permanencia durante el crecimiento, y aunado a conductas agresivas y opositivas, da como resultado un mayor rechazo. Las amistades tienden a ser poco permanentes, y esta impopularidad, que en los años de vida adulta se traduce en aislamiento social, es otra de las características de los niños hiperactivos, que tanto es generalizada como crónica.

Es muy difícil que un menor correctamente diagnosticado con TDAH pueda mostrar logros académicos acordes con su potencial intelectual. Los niños con mayores desventajas ocasionadas por el trastorno, se desmotivan en la escuela ya que son incapaces de logros a pesar de sus esfuerzos. A menos que estos niños experimenten algún aliciente, amor, y logros, los sentimientos crónicos de fracaso los conducen, en algunos casos, a desarrollar trastornos depresivos en la infancia.

La distinción entre los componentes principales del síndrome es de suma importancia ya que la hiperactividad e impulsividad se asocian, a lo largo del desarrollo, con los problemas de conducta antes señalados y que son más frecuentes entre los varones. Sin embargo, cuando predomina el déficit de la atención los síntomas conductuales no son tan disruptivos, incluso se asocian con ansiedad e inhibición de la conducta en muchos casos. Así, los menores

afectados con este subtipo del trastorno pueden pasar desapercibidos por largo tiempo, notándose a lo sumo, que son distraídos, que “están en la luna”, que son “flojos”, nerviosos y temerosos, etc.

Algunos estudios han señalado que la forma predominantemente inatenta es más frecuente entre las niñas que entre los varones, y que las manifestaciones del problema son detectadas más tardíamente, usualmente hacia el final de la infancia e inicios de la pubertad (Barkley & Biederman, 1997).

Hallazgos acerca de los síndromes DAH en la población mexicana

Como fue señalado anteriormente, los síndromes relacionados con el DAH frecuentemente se presentan asociados con otros síndromes y en el caso de la población estudiada los resultados mostraron que se asocia de manera estadísticamente significativa con la conducta oposicionista, con síndromes depresivos, de ansiedad y con problemas de la conducta.

El síndrome sugestivo de DAH combinado se asocia entre los menores con reporte de 5 a 8 síntomas con la conducta oposicionista y con ansiedad generalizada; mientras que en los casos complicados además de los síndromes mencionados, aparece el síndrome de problemas de conducta (moderado y grave) así como manifestaciones de probable epilepsia.

El síndrome sugestivo de DAH predominantemente inatento se asocia entre los menores con reporte de 5 a 8 síntomas con el síndrome depresivo grave con dos síntomas cardinales presentes (ver sección síndromes depresivos); en los casos complicados además del síndrome depresivo mencionado, se asocia sobrepeso grave.

El síndrome sugestivo de DAH hiperactivo-impulsivo se asocia entre los menores con reporte de 5 a 8 síntomas con sobrepeso leve, o con bajo peso grave y con ansiedad generalizada; en los casos complicados además de bajo peso grave, se reportan frecuentemente alguno de los síndromes de conducta explosiva (ver sección otros síndromes).

En conjunto, estos resultados concuerdan con lo reportado en la literatura internacional, otorgando solidez a los hallazgos obtenidos en nuestro medio y señalando la necesidad de abordar responsablemente este problema y conjuntamente el de otras necesidades de salud mental en la infancia.

Ahora bien, a la luz de los resultados y la panorámica revisada respecto a la condición, la mayoría de los síndromes asociados con aquellos que sugieren un probable DAH parecen ser más una consecuencia, es decir, patrones de respuesta ante y en relación al mundo circundante.

En este sentido, es preciso tener claro que el ser humano es una unidad biopsico-social y cultural, y que toda división que se haga para su estudio resulta artificial en términos de la realidad. De aquí, que las acciones para favorecer el desarrollo y prevenir las consecuencias adversas en las personas afectadas deben contemplar el fenómeno en su totalidad.

Acciones preventivas y terapéuticas acerca del TDAH

Dada la complejidad del trastorno y de su expresión en diferentes grados, las acciones para contender con el problema son diversas y como se dijo anteriormente, no se limitan a una sola esfera o ámbito, son multi-modales y acordes con la condición de los sujetos afectados, incluyendo medidas psicosociales y farmacológicas.

- ❖ **Medidas Psico-sociales.** Estas medidas incluyen diferentes actividades, tales como: 1) informar y educar acerca del problema, sus orígenes, su curso y evolución, así como acerca de los beneficios y los riesgos de las opciones de tratamiento; 2) estrategias para el manejo de los problemas de los pacientes y de los familiares; 3) medidas para la evaluación, seguimiento y ajustes en los tratamientos de los pacientes atendidos; 4) terapia cognitivo- conductual, orientación y asesoría a los padres; 5) entrenamiento de habilidades sociales y 7) apoyo familiar en casa (Brown, 2000b).
- ❖ **Medidas Farmacológicas.** Los diferentes estudios de seguimiento de pacientes han mostrado que el uso de psicofármacos disminuye la severidad de los síntomas, mejora el funcionamiento académico, laboral y social de quienes sufren el trastorno. En México, en el mes de julio del 2002, por iniciativa de la Academia Mexicana de Pediatría, se realizó el Consenso de Morelos, una reunión donde pediatras, neurólogos, psiquiatras y paido-psiquiatras, establecieron las bases para la implementación del tratamiento farmacológico de este trastorno y de sus comorbilidades. Esta tarea se contempla como permanente, en virtud de las nuevas opciones de medicamentos y la evidencia de su efectividad, eficacia y seguridad (De la Peña & Palacios, 2011).

Sin embargo, el tratamiento óptimo no se reduce al control y reducción de los síntomas. Deben contemplarse los planos de las dificultades en la interacción con los demás, tanto adultos como pares, así como el desarrollo de las habilidades que pueden estar concomitantemente afectadas.

- ❖ Medidas en el ámbito escolar. Un meta-análisis ha indicado que, en promedio, las intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito escolar para estudiantes con TDAH resultan efectivas para aminorar el déficit tanto conductual como académico que se asocia con el trastorno. Las estrategias se han orientado principalmente a la reducción de los síntomas, y en menor proporción a las que reforzarían el aprovechamiento académico (DuPaul & Power, 2000).

Es importante resaltar que el empleo combinado de las tres medidas terapéuticas, es indispensable para el logro de cambios significativos, y que la responsabilidad del manejo del problema no es sólo del médico, ni de los padres, ni del paciente, como tampoco de los maestros; es de todos.

A continuación revisaremos los síndromes de Conducta Oposicionista (COD) y de Problemas de Conducta (PC) que se definen en el CBTD de la siguiente forma.

Probable conducta oposicionista desafiante (COD)

Síntoma clave: Es muy desobediente y peleonero.

Síntomas adicionales: el menor presenta dos o más de los siguientes: lenguaje anormal; lento para aprender en comparación con otros niños; irritable y geniudo; se orina en la cama por las noches; bajo peso; se niega a trabajar en la escuela; se junta con otros niños o muchachos que se meten en problemas; toma alcohol o usa drogas.

Problema de conducta grave (PCg)

Síntomas clave: Uno o más de los siguientes está presente: Dice muchas mentiras, roba cosas o dinero de la casa o fuera del hogar; se fuga de la casa.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta tres o más de los siguientes: lenguaje anormal, lento para aprender en comparación con otros niños, le da miedo ir a la escuela, se orina en la cama por las noches, es muy explosivo, pierde el control con facilidad, se niega a trabajar en la escuela, se junta con otros niños o muchachos que se meten en problemas.

Problema de conducta moderado (PCm)

Síntomas clave: Uno o más de los siguientes está presente: Dice muchas mentiras, roba cosas o dinero de la casa o fuera del hogar; se fuga de la casa.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos o más de los siguientes: lenguaje anormal, lento para aprender en comparación con otros niños, le da miedo ir a la escuela, se orina en la cama por las noches, es muy explosivo, pierde el control con facilidad; se niega a trabajar en la escuela; se junta con otros niños o muchachos que se meten en problemas.

Conducta Oposicionista y Trastorno de Conducta

De las manifestaciones conductuales, la conducta oposicionista se ha propuesto como la más temprana, pudiendo devenir en trastorno de conducta en edad posterior. El trastorno oposicionista desafiante, TOD, emerge de la conducta normal en la primera infancia. Se convierte en problema cuando hay un aumento en la frecuencia e intensidad de las conductas (desobediencia, provocación, berrinches, negativismo) o en su persistencia más allá del periodo de los 2 a 3 años.

De acuerdo a la literatura el aspecto distintivo del trastorno oposicionista es que, a diferencia del trastorno de conducta, no se presentan violaciones a los derechos de los demás o de las normas sociales y reglas, tales como mentiras persistentes, agresividad y robo (Gabel, 1997a).

Tanto en los estudios descriptivos como en los analíticos se ha encontrado una asociación fuerte entre el trastorno oposicionista y el trastorno de la conducta. A pesar de que se ha propuesto al trastorno oposicionista como una forma leve del trastorno de conducta, existen razones para mantenerlos como entidades separadas. La conducta oposicionista parece estar mayormente limitada hacia las figuras parentales y al ambiente del hogar, mientras que el trastorno de conducta se extiende a otros ámbitos extra familiares. Ambos trastornos han mostrado correlatos similares en cuanto a antecedentes familiares de conducta antisocial y eventos adversos en la familia, pero la severidad es menor en el trastorno oposicionista. En general, los niños con TOD están menos afectados que los niños con trastornos de conducta.

Desde la perspectiva del desarrollo, el TOD aparece en el periodo pre-escolar, mientras que el TC aparece hasta la infancia media. Aunque el 90% de los TC son precedidos por TOD, la mayoría de éstos no desarrollan TC, casi el 50% permanecen con este diagnóstico y 25% se resuelven con el crecimiento.

La sintomatología del TOD puede cambiar a lo largo de los periodos del desarrollo y extenderse a otros ámbitos, tales como la escuela y los maestros en la infancia media y hacia la sociedad y la ley durante la adolescencia. Por lo tanto en la infancia media, los niños con TOD pueden no realizar sus tareas escolares, postergarlas y haraganear.

De acuerdo a los estudios, el aspecto distintivo del trastorno oposicionista es que, a diferencia del trastorno de conducta, no se presentan violaciones a los derechos de los demás o de las normas sociales y reglas, tales como mentiras persistentes, agresividad y robo. En un meta-análisis, Frick, Van Horn, Lahey, Christ, Loeber, Hart, Tannenbaum, & Hanson (1993) encontraron que los aspectos relacionados con el TOD pertenecen a un agrupamiento de conductas no destructivas tales como ser desafiantes, fastidiosos, discutidores, tercos y duros. Por otra parte, los aspectos congruentes con el TC pertenecen a otros grupos: evidentemente destructivos tales como agresiones, peleas, amenazas; destructividad encubierta: robos, mentiras, incendiarios; encubiertos no destructivos: holgazanes, groseros, utilizan sustancias permitidas. El punto principal de traslape es la presencia de agresividad moderada. Un alto nivel de violencia parece ser el mayor determinante en el paso del TOD a TC; sin embargo, las variables familiares tales como antecedentes de conducta antisocial, descuido, falta de atención de los padres y separación de éstos, juegan un papel (Gabel, 1997b).

El TOD es comórbido con el trastorno por déficit de la atención e hiperactividad (TDAH) entre un 20 a 57 %. En general, el TOD no se asocia con discapacidad en el aprendizaje salvo que exista TDAH.

Hallazgos acerca de la Conducta Oposicionista Desafiante (COD) y de Problemas de conducta (PC) en la población mexicana

El síndrome de conducta oposicionista es frecuente desde los casos menos complicados en los que se asocia con el síndrome depresivo grave con un síntoma cardinal, usualmente la irritabilidad; con el síndrome sugestivo de DAH combinado o con el hiperactivo-impulsivo; con bajo peso leve o grave, y con problema de lenguaje moderado. En los casos más sintomáticos, con los síndromes sugestivos de DAH antes mencionados y con problemas de conducta.

Esta panorámica enfatiza, por una parte, la necesidad de identificar, vigilar y atender a tiempo las manifestaciones sugestivas de un déficit de atención e hiperactividad; por otra parte, identificar la conducta oposicionista que está aunada a manifestaciones depresivas, mismas que por lo general son resultado de condiciones adversas en la dinámica familiar.

El síndrome de problema de conducta

No se encontró significativamente asociado en los casos no complicados, sugiriendo que es resultado de condiciones de mayor adversidad. En los casos más complicados se asocia con la conducta oposicionista, con el síndrome de conducta explosiva con probable daño cerebral y con bajo peso grave.

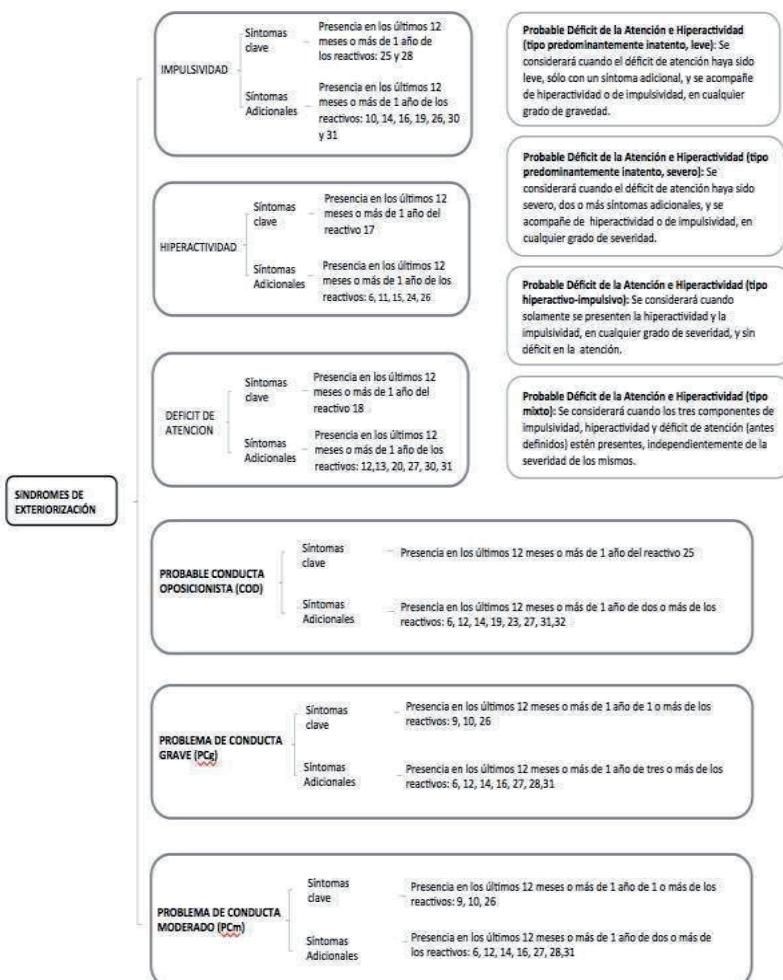
Acciones preventivas y terapéuticas en la COD

De acuerdo a lo revisado, la conducta oposicionista deberá evaluarse como un resultante, sea de un probable trastorno por déficit de la atención o de un estado depresivo que como señalamos usualmente es reactivo a las condiciones en la dinámica familiar u otras adversidades. La identificación del problema que suscita las conductas es fundamental. Si es resultante de un probable trastorno por déficit de la atención es indispensable la confirmación del diagnóstico y el tratamiento de esta condición, mientras que en caso de ser secundaria a manifestaciones depresivas, el abordaje se dirigirá hacia la modificación de las condiciones adversas, incluyendo el tratamiento de episodios depresivos en los padres.

En uno u otro caso, las intervenciones para el control de estas conductas se orientan hacia las prácticas de crianza de tal manera que sean adecuadas, consistentes y contingentes.

El esquema 1 muestra las pautas para la identificación de los síndromes de exteriorización descritos en esta sección.

Esquema 1. Pautas para la identificación de síndromes de exteriorización



Síndromes de Interiorización

Los síndromes de interiorización corresponden a reacciones o probables trastornos afectivos tales como la depresión y la angustia, que a continuación se presentan.

Para los síndromes depresivos, se identificaron 4 posibles modalidades con diferente nivel de gravedad determinados por el número de síntomas clave y de los síntomas asociados. Los síntomas cardinales o clave son la presencia de tristeza persistente y la irritabilidad. La tristeza es una emoción común que se presenta ante la pérdida de un objeto afectivo, es decir ante la falta de éste.

La irritabilidad, el mal humor, señala la existencia de un malestar o un disgusto, que no ha podido ser expresado verbalmente.

Probable condición depresiva grave 2 (CDg2)

Síntomas clave: Muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; muchas veces está de mal humor; es irritable y geniudo. Ambos deben estar presentes.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta tres o más de los siguientes: lenguaje anormal; dolores de cabeza frecuentes; se aísla y casi nunca juega con otros niños; es muy nervioso, miedoso; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; es muy desobediente y peleonero; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas frecuentes; no termina lo que empieza, es muy distraído; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se queda mirando al vacío, «en babia».

Probable condición depresiva grave 1 (CDg1)

Síntomas clave: Muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; muchas veces está de mal humor; es irritable y geniudo. Uno de ellos debe estar presente.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta tres o más de los siguientes: lenguaje anormal; dolores de cabeza frecuentes; se aísla y casi nunca juega con otros niños; es muy nervioso, miedoso; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; es muy desobediente y peleonero; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas frecuentes; no termina lo que empieza, es muy distraído; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se queda mirando al vacío, «en babia».

Probable condición depresiva moderada 2 (CDm2)

Síntomas clave: Muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; muchas veces está de mal humor; es irritable y geniudo. Ambos deben estar presentes.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos de los siguientes: lenguaje anormal; dolores de cabeza frecuentes; se aísla y casi nunca juega con otros niños; es muy nervioso, miedoso; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; es muy desobediente y peleonero; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas frecuentes; no termina lo que empieza, es muy distraído; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se queda mirando al vacío, «en babia».

Probable condición depresiva moderada 1 (CDm1)

Síntomas clave: Muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; muchas veces está de mal humor; es irritable y geniudo. Uno de ellos debe estar presente.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos de los siguientes: lenguaje anormal; dolores de cabeza frecuentes; se aísla y casi nunca juega con otros niños; es muy nervioso, miedoso; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; es muy desobediente y peleonero; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas frecuentes; no termina lo que empieza, es muy distraído; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se queda mirando al vacío, «en babia».

Trastornos depresivos (TD)

En las últimas décadas la visión que la depresión no se presentaba en la infancia ha cambiado al igual que la forma de concebir la presencia de fenómenos depresivos entre la población infantil. Los resultados de los primeros estudios epidemiológicos en población infantil, en la década de los años 70, mostraron que el reporte de síntomas de tristeza eran frecuentemente identificados por los maestros, los padres y por los mismos infantes. Más aún, la sintomatología depresiva resultó ser un indicador adecuado para discriminar acerca la presencia de psicopatología en general (Harrington, 2000).

En la actualidad, se considera que los trastornos depresivos son poco frecuentes en edad pre-escolar, un poco más frecuentes en la infancia media y mucho más frecuentes en la adolescencia.

Hay reportes tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas que han encontrado una mayor frecuencia de trastornos depresivos entre los varones en comparación a las niñas antes de la pubertad (Harrington, 2000; Costello et al, 2011).

Desde la perspectiva familiar, los estudios de gemelos y de niños adoptados han señalado que hasta un 50% de la varianza en la transmisión de los trastornos afectivos es de tipo genético.

No obstante, también se ha resaltado el papel de otras condiciones tanto ambientales como de la dinámica familiar y de las relaciones con los padres. Harrington, Rutter, Weismann, Fudge, Groothues, Bredenkamp, Pickles, Rende, & Wickramaratne. (1997) con base a estudios de seguimiento de adultos que presentaron depresión en la infancia, han propuesto la hipótesis de que la depresión que aparece antes de la pubertad no sea predominantemente de origen genético. Sin embargo, los individuos con alto riesgo genético parecen ser más sensibles al impacto de los estresores (Kendler, Kessler, Walters, MacLaeen, Neale, Heath, & Eaves, 1995).

Algunos estresores son: la muerte o pérdida de un familiar o persona cercana, el abuso, el abandono, la separación de figuras de apego, las vivencias traumáticas, el divorcio de los padres, etc. Lo que importa no es solo la ocurrencia del evento sino qué significado e interpretación tiene este hecho para el menor. Los contenidos que coinciden con áreas de autodefinición son particularmente plausibles de precipitar episodios depresivos. Podemos así tener una reacción depresiva como una condición de ajuste limitada en el tiempo, ante un estresor reciente claramente identificable. La reacción puede devenir en un episodio depresivo o en una condición más crónica como la distimia. De aquí la importancia de una detección y atención oportuna.

Ahora bien, los hijos de padres deprimidos no sólo están en riesgo de presentar depresión sino también para desarrollar otros trastornos, incluidos los de ansiedad y de conducta. Estos estudios, al igual que los realizados en gemelos, han sugerido que lo heredado es la propensión para la ansiedad y la depresión y que ciertos estresores ambientales, como los citados anteriormente, son requeridos para que se manifieste alguno de estos trastornos (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nieson, 1996).

Asociación con otros trastornos

Los estudios en poblaciones tanto clínicas como epidemiológicas han mostrado que entre el 40% al 70% de los niños y adolescentes deprimidos tienen otros trastornos comórbidos. Entre los más frecuentes están los trastornos de ansiedad, los de conducta y abuso de sustancias. Excepto en éstos últimos, la depresión tiende a iniciarse de manera subsiguiente a los otros trastornos. Sin embargo, los trastornos de conducta pueden desarrollarse a partir de un episodio depresivo, y tienden a persistir después de haber remitido la depresión. La comorbilidad con el trastorno de conducta y agresividad tiene peor pronóstico (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles & Hill. 1991).

Los patrones de comorbilidad cambian con la edad. En los pre-escolares se asocia con ansiedad de separación; en escolares con trastornos de conducta, y en adolescentes con el uso de substancias y trastornos de la alimentación. En el caso de la distimia, Kovacs, Akiskal, Gatsonis, & Parrone (1994) encontraron un 50% de sujetos afectados con alguno de los trastornos precedentes, incluyendo además, al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Los factores de riesgo tales como la presencia de psicopatología en los padres, conflictos en la familia, escasa red de apoyo con pares y estrategias de afrontamiento deficientes, parecen favorecer el riesgo para desarrollar trastornos afectivos. Sin embargo, es importante hacer notar que estos factores parecen ser correlatos inespecíficos de la presencia, en general, de psicopatología en los niños. No obstante, conviene tener en mente que es posible que aunque una variable en particular sea inespecífica, puede jugar un papel causal al interrelacionarse con otras. Aún más, los factores que están asociados con el inicio de más de un tipo de trastorno psicopatológico pueden ser un objetivo para la intervención, en virtud de que su modificación puede reducir el riesgo para el desarrollo de alteraciones en diferentes áreas.

Cuadros clínicos

Manifestaciones en los bebés: retraso o pérdida de logros en el desarrollo como por ejemplo control de esfínteres, hábitos de sueño y habilidades intelectuales. Tristeza en el rostro y cierta aversión; conductas auto-lesivas, movimientos repetitivos; la dependencia y el llamado de atención alterna con apatía y falta de resonancia afectiva.

Manifestaciones en pre-escolares: Tristeza aparente, pérdida de interés, regresiones aparentes en el lenguaje y en las habilidades cognitivas, aislamiento social, ansiedad de separación, irritabilidad, quejas somáticas, problemas para dormir y pesadillas, pensamientos auto-lesivos.

Manifestaciones en escolares: El cuadro clínico es más similar al de los adultos con ánimo depresivo, expresiones de crítica y de culpa. La pérdida de interés se manifiesta en el abandono de tareas y aislamiento. Además pueden presentar problemas de conducta con agresividad que afecta su desempeño escolar y amistades.

Manifestaciones en adolescentes: La expresión verbal es más común, y las oscilaciones en el estado de ánimo son muy marcadas, con frecuencia acompañadas de disminución en el rendimiento escolar, conductas delictivas o de vagabundeo.

Los niños con depresión clínicamente se observan tristes, llorosos, con movimientos lentos y voz monótona. Se describen a sí mismos en términos negativos. El desempeño escolar muestra deterioro, tienden a abandonar actividades de interés tales como juegos y amistades. Otros, se involucran en conductas de alto riesgo. Frecuentemente manifiestan molestias somáticas como dolores de estómago y cefaleas. También, las quejas somáticas son frecuentes manifestaciones en la ansiedad generalizada.

Los sujetos adultos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. El estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es de 1 año. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas; pueden mostrar pérdida de intereses y aumento de la autocritica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (e.g., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean interrogados directamente por el entrevistador.

De acuerdo al resultado de nuestros estudios, este tipo de condición, la distimia, es frecuente en la población de niños y adolescentes, de ahí el énfasis para su identificación y la necesidad de intervención orientada hacia la reducción del impacto del riesgo, la reducción de las reacciones negativas en cadena, la promoción de la auto-estima y auto eficacia y la apertura de oportunidades.

Además de las reacciones depresivas, los episodios depresivos y la distimia, se debe prestar atención a la probabilidad de un trastorno bipolar. En estos casos, se presentan fluctuaciones notables en el estado del ánimo, pudiendo semejar un trastorno por déficit de la atención e hiperactividad, sin embargo, la hiperactividad y el déficit de atención no se presentan de manera continua sino episódica. Para sospechar la existencia de un probable trastorno bipolar es importante investigar acerca de antecedentes familiares de este trastorno.

Hallazgos de las Condiciones Depresivas en la población mexicana

De los cuatro síndromes depresivos identificados los denominados como graves, fueron los más frecuentes, y de éstos, el que reúne a la tristeza y a la irritabilidad como síntomas cardinales presentes, es el que mayor concordancia

obtuvo respecto al diagnóstico psiquiátrico de depresión en el estudio de validez del instrumento en la atención primaria de un centro de salud (Caraveo-Anduaga, et al, 2011b) y es frecuente entre los casos con mayor sintomatología sin diferencia por sexo.

El síndrome depresivo grave con un solo síntoma cardinal, predominantemente la irritabilidad, mostró ser una condición frecuente y crónica, es decir con más de un año de duración.

El síndrome depresivo grave con irritabilidad y tristeza como síntomas cardinales, se asocia en los casos no complicados con la presencia de bajo peso grave, ansiedad generalizada y alguno de los síndromes de conducta explosiva. En los casos más sintomáticos, con el síndrome sugestivo de DAH inatento y conducta explosiva probablemente orgánica.

Estos hallazgos nos deben poner sobre aviso acerca de la necesidad de explorar acerca de la existencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos y de la posibilidad actual de un trastorno depresivo en alguno de los padres y/o de condiciones de adversidad importantes en la vida del menor. Además, advierte sobre la necesidad de explorar antecedentes de posible sufrimiento fetal, condiciones adversas durante el parto, traumatismos craneo-encefálicos y otras condiciones que puedan ocasionar daño cerebral.

El síndrome depresivo grave con un solo síntoma cardinal, que predominantemente es la irritabilidad, se asocia en los casos no complicados con ansiedad generalizada y con la conducta oposicionista. En los casos más sintomáticos, con bajo peso grave.

Como con el síndrome anterior, es importante explorar acerca de la existencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos y de la posibilidad actual de un trastorno depresivo en alguno de los padres y/o de condiciones de adversidad importantes en la vida del menor, sobre todo en lo referente al ámbito del hogar y de las relaciones familiares.

Acciones preventivas y terapéuticas en los síndromes depresivos

Es indispensable hacer una evaluación de las adversidades que circundan al menor. De éstas, la presencia de psicopatología en los padres y otros familiares que convivan con el menor, especialmente si existe depresión en la madre. En tal caso, favorecer el tratamiento de esta condición en el adulto es una meta principal.

La depresión es contingente con la interacción de diversos factores: intrapersonales (desesperanza), interpersonales (falta de apoyo), del entorno (nivel socio-económico) y del desarrollo (estadio cognitivo).

Recordemos que desde la visión del desarrollo, la relación con la madre o con la persona que esté a cargo del bebé es de la mayor importancia en cuanto al patrón de apego, es decir, del tipo de relación afectiva que se desarrolle y la forma de vivencia.

Los bebés que en virtud de un apego inseguro incorporan una imagen de sí mismos como "sin valor" o "indignos de amor", son más vulnerables durante etapas posteriores del desarrollo cognitivo, emocional y biológico. Se han descrito dos tipos de tendencias depresivas:

Depresión dependiente: Vivencia de soledad y desamparo, miedo a ser abandonado y desprotegido. En general, estos menores se aferran a las relaciones y demandan cuidado y protección.

Depresión auto-crítica: Estos menores se viven devaluados, con sentimientos de inferioridad, fracaso y culpa.

Desde la perspectiva cognitiva, es importante identificar e incidir en la triada básica que se refiere a la representación de sí-mismo: carente de valor, que se expresa en el vivenciarse como "malo"; incapaz, que se manifiesta en la expresión de "no puedo hacer nada para cambiarlo"; y en la desesperanza que se expresa en "esto siempre será igual".

Este tipo de esquema cognitivo afecta no solo el estado actual del menor, sino su proyección y visión futura respecto al mundo. Se ha propuesto que el inicio de este patrón depresivo de la atribución puede ser temprano, pero los componentes depresivos solo se harán patentes hasta años más tarde. Las experiencias negativas conducirán a la tríada depresiva si persisten en el estadio de las operaciones concretas, es decir en edad escolar, cuando los niños hacen inferencias causales que son estables y globales por naturaleza.

La forma en cómo se es padre, es decir, el estilo de crianza juega un papel de gran importancia. Se ha identificado un patrón que favorece el desarrollo de esquemas depresivos en los hijos y que se caracteriza por el abandono y la intrusión. En general, los padres y especialmente las mamás con este estilo de crianza no están disponibles psicológicamente para los hijos, muestran poco afecto positivo, calidez, encomio y re-alimentación positiva hacia las conductas de los menores; tiende a ser más controladoras, impacientes e irritables; utilizan frecuentemente medidas disciplinarias coercitivas; hacen comentarios en los que predominan las atribuciones negativas acerca del comportamiento de

los hijos; además, son poco precisas para identificar los afectos tanto propios como de los infantes.

Este estilo de crianza, es frecuente en virtud de las presiones del tiempo en la vida actual de las grandes urbes, donde se impone la premura y se olvida que la forma de vivir y conceptuar del adulto es distinta a la de los infantes.

A continuación revisaremos los síndromes de ansiedad que se identifican en el CBTD de la manera siguiente:

Probable ansiedad generalizada

Síntoma clave: Es muy nervioso o miedoso sin haber una buena razón.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos o más de los siguientes: no se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo; es irritable y geniudo; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas con frecuencia.

Probable ansiedad con inhibición

Síntoma clave: Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos o más de los siguientes: se aísla y casi nunca juega con otros niños; dolores de cabeza frecuentes; le da miedo ir a la escuela; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; tiene problemas para dormir; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se niega a trabajar en la escuela; es lento para aprender en comparación con otros niños.

De los temores en el desarrollo normal a los trastornos de ansiedad

La ansiedad es una experiencia que es normativa y por otra parte sirve como una función del desarrollo. Pero cuando el desarrollo se desvía, incluso los preescolares pueden sufrir de ansiedades debilitantes que interfieren con su funcionamiento y causa en ellos aflicciones emocionales.

El miedo es definido usualmente como una reacción normal a las amenazas del ambiente. Es adaptativo e incluso esencial para sobrevivir, pues previene al individuo de la situación que puede ser física o psicológicamente dañina. En el proceso del desarrollo normal los niños son capaces de dominar sus miedos a través del incremento de los mecanismos de defensa y las sofisticadas estrategias para lidiar con ello (por ejemplo, diciéndose frases como: "tendré presente que solo es un sueño o mi imaginación, pero no es real; aunque parezca, no es el fin del mundo; lo haré mejor la próxima vez; esto me pone nervioso, así que dejaré de pensar en ello").

Los trastornos de ansiedad se distinguen de los miedos normales con base en su intensidad, la cual está fuera de proporción para la situación, la mala capacidad de adaptación, y su persistencia.

También están fuera del control voluntario y no pueden ser explicados de manera razonable. Así, estos trastornos son un grupo de problemas caracterizados por la intensidad y la persistencia de la ansiedad y cuyo inicio se ubica en la infancia media en la mayoría de las veces.

Trastornos de ansiedad

Los estudios epidemiológicos han mostrado que los trastornos de ansiedad son frecuentes estimándose, en general, entre un 5% a 17% y siendo más frecuentes entre las niñas que entre los niños (Weiss & Last, 2001; Klein & Pine, 2002). Se ha sugerido que, entre la población infantil no referida a servicios de salud, puede haber una persistencia considerable de síntomas de ansiedad. La tendencia a la timidez exagerada, a mostrar miedo y retirarse ante situaciones novedosas o desconocidas, ha sido objeto de estudio como probable precursor de trastornos de ansiedad en edades más avanzadas (Biederman, Rosenbaum & Bolduc-Murphy, 1993; Schwartz, Snidman & Kagan, 1999). Por otra parte, se ha estudiado el efecto del patrón de apego establecido con la madre, encontrándose que cuando éste es inseguro hay más probabilidades de que los hijos manifiesten ansiedad y sean diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad. Asimismo, se ha documentado que el patrón de apego tiende a ser asimilado y repetido por los hijos al convertirse en padres. Sin embargo, ni la teoría del temperamento ni la del apego explica por completo el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Así, se ha propuesto un modelo integral que incorpora además de los citados elementos, otros como son: eventos durante el desarrollo, estilos cognitivos, eventos traumáticos, accesibilidad a sistemas de apoyo, etc.

Los estudios familiares en relación a los trastornos más frecuentes en la infancia y adolescencia concuerdan con los de los adultos en señalar que hay evidencia de agregación familiar y predisposición genética en diferentes grados para el desarrollo de psicopatología (Caraveo-Anduaga, Nicolini, Villa, & Wagner, 2005). Las condiciones ambientales juegan un papel de diversa magnitud para que la predisposición genética se exprese. Entre los factores psicosociales estresantes destacan conflictos en la familia, escasa red de apoyo con pares, estrategias de afrontamiento deficientes y pobreza, que como revisamos en relación a la depresión, son correlatos inespecíficos pero que es preciso tomarlos en cuenta y actuar en consecuencia ya que favorecen el desarrollo de diferentes psicopatologías.

Hallazgos acerca de los síndromes de ansiedad en la población mexicana

Estos síndromes, son manifestaciones frecuentes que las más de las veces acompañan a otros síndromes que aparecen desde los casos menos complicados.

El síndrome de ansiedad generalizada se asocia en los casos no complicados con el síndrome depresivo grave con dos síntomas cardinales presentes, con el síndrome depresivo grave con un solo síntoma cardinal, y con los síndromes sugestivos de DAH combinado y de DAH hiperactivo-impulsivo. La asociación con estos dos últimos síndromes puede ser artificiosa ya que la definición operacional de estos síndromes- el de ansiedad generalizada, el DAH combinado y el DAH hiperactivo-impulsivo- comparten síntomas del CBTD.

En los casos más sintomáticos, además de la asociación con los síndromes ya señalados, se asocian los síndromes de conducta explosiva con probable daño cerebral y el de conducta explosiva como probable rasgo exacerbado de conducta.

El síndrome de ansiedad con inhibición se asocia en los casos no complicados con el síndrome de problemas del lenguaje. En los casos más complicados se asocia con el síndrome de ansiedad generalizada y con bajo peso grave.

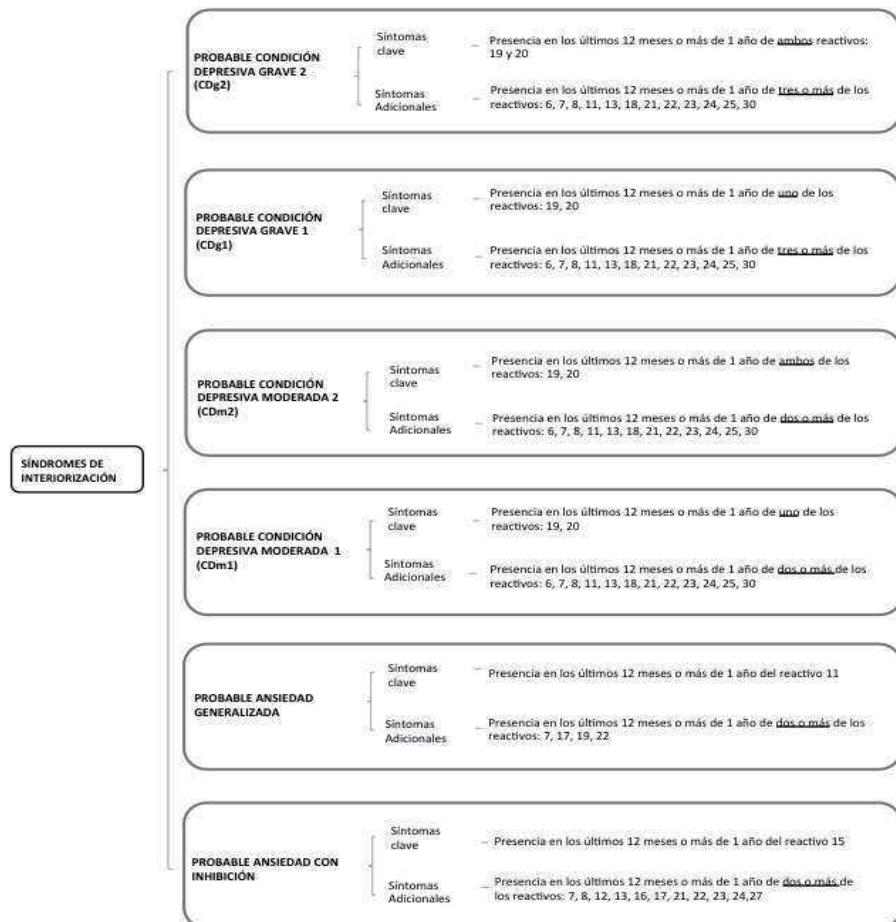
Acciones preventivas y terapéuticas en los síndromes de ansiedad

Es indispensable hacer una evaluación de las adversidades que circundan al menor ya que los eventos traumáticos y las situaciones de tensión favorecen la aparición de este tipo de síndromes. Al igual que en los síndromes depresivos, que como hemos dicho se asocian frecuentemente, los antecedentes psiquiátricos familiares son de importancia. Hay que tomar en cuenta que la ansiedad en los padres, se transmite a los hijos no solo como predisposición genética sino también en las formas de modelos de conducta tales como la sobreprotección y el temor excesivo. Los padres de niños ansiosos tienden a ser controladores y directivos.

La asociación con el síndrome de conducta explosiva orgánica, es de gran importancia puesto que la ansiedad puede estar relacionada con focos disritmicos o epileptógenos como veremos más adelante.

El esquema 2 muestra las pautas para la identificación de los síndromes de interiorización descritos en esta sección.

Esquema 2. Pautas para la identificación de Síndromes de interiorización



Otros Síndromes

De acuerdo a los resultados de un estudio de seguimiento a dos años de infantes y adolescentes atendidos en la consulta médica de un centro de salud, la presencia de algunos otros síndromes mostraron una fuerte persistencia, indicando así, que se debe prestar mucha atención a estos menores (Caraveo-Anduaga 2016, en revisión). Estos son: Problemas del lenguaje, probables manifestaciones epilépticas, conducta explosiva con probable daño cerebral y conducta explosiva como probable rasgo exacerbado de conducta.

Problema del lenguaje grave

Síntoma clave: Su lenguaje es anormal.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos o más de los siguientes: Es muy nervioso, miedoso; se aísla y casi no juega con otros niños; es lento para aprender en comparación con otros niños; es demasiado dependiente o apegado a los adultos.

Problema del lenguaje moderado

Síntoma clave: Su lenguaje es anormal.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta uno de los siguientes: Es muy nervioso, miedoso; se aísla y casi no juega con otros niños; es lento para aprender en comparación con otros niños; es demasiado dependiente o apegado a los adultos.

Trastornos del lenguaje

El desarrollo del lenguaje se aprecia de manera más evidente a partir del segundo año de vida, permitiendo la simbolización y la comunicación. El lenguaje hablado, nos distingue de otros seres y posibilita la expresión de sentimientos y afectos hacia nosotros mismos y hacia otras personas. Permite la incorporación de la cultura, los valores, preceptos y otros elementos básicos para la socialización. El lenguaje permite organizar los pensamientos y los recuerdos.

Ante el reporte de alteraciones en el lenguaje del menor se recomienda proceder de la siguiente forma:

Las alteraciones en el lenguaje y expresión del mismo en general pueden ser evidentes para el entrevistador. Sin embargo, la comprensión del lenguaje no es tan sencilla. Así, la pregunta básica a contestar es si el menor comprende adecuadamente, acorde con su edad, lo que se le dice. Si no fuese así, una primera posibilidad es que haya problemas de audición; si no fuese el caso, es importante explorar si hay conductas regresivas, es decir que se comporte como de menor edad, así como antecedentes de probables crisis epilépticas. En este caso, se sugiere una valoración neurológica. Si no fuese así, explorar si las habilidades no verbales son notablemente superiores al nivel de comprensión del menor. Si no fuese el caso, hay un retardo global del desarrollo; pero si la habilidad no

verbal es superior a la comprensión del lenguaje, habrá que valorar si el menor muestra dificultad en la comunicación no-verbal de la interrelación social y en sus juegos; si este fuese el caso, se requiere referirlo con un psiquiatra de niños.

Cuando ante la pregunta básica de si el menor comprende adecuadamente lo que se le dice la respuesta es afirmativa, habrá que considerar si hay algún daño neurológico, o en la fonación, requiriéndose la atención de terapia del lenguaje; o que sólo hable con familiares cercanos y no con otras personas (mutismo selectivo) o que diga cosas de manera bizarra o tangencial que llamen la atención. En estos dos últimos casos, está indicada la referencia con un psiquiatra de niños (Bishop, 2003).

Hallazgos acerca de Problema del lenguaje en la población mexicana

El síndrome de problema de lenguaje grave se asocia, en los casos no complicados con el síndrome de ansiedad con inhibición; en los casos más sintomáticos, se asocia con el síndrome de problema de conducta grave.

Estos resultados concuerdan con lo revisado anteriormente, sugiriendo que la presencia de este síndrome no debe pasarse por alto y requiere una valoración clínica detenida.

El síndrome de ansiedad con inhibición se ha observado asociado a condiciones socio-económicas adversas (Caraveo-Anduaga, 2011a) y puede ser indicativo tanto de un retraso global del desarrollo como de condiciones más graves que ameritan vigilancia y atención especializada como se ha mencionado.

Probables manifestaciones epilépticas graves

Síntomas clave: Ha padecido ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón; se queda mirando al vacío «en babia». Al menos uno debe estar presente.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta tres o más de los siguientes: Es muy explosivo, pierde el control con facilidad; dolores de cabeza frecuentes; es lento para aprender en comparación con otros niños; no termina lo que empieza, es muy distraído; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniudo; se orina en la cama por la noche.

Probables manifestaciones epilépticas moderadas

Síntomas clave: Ha padecido ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón; se queda mirando al vacío «en babia». Al menos uno debe estar presente.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos de los siguientes: Es muy explosivo, pierde el control con facilidad; dolores de cabeza frecuentes; es lento para aprender en comparación con otros niños; no termina lo que empieza, es muy distraído; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniudo; se orina en la cama por la noche.

Epilepsia y problemas neurológicos

En la actualidad se considera que las anormalidades neurológicas amplifican el efecto de otros factores de riesgo que son comunes para el desarrollo de psicopatología en los niños.

El que un menor tenga problemas tanto neurológicos como psiquiátricos, no necesariamente indica que los problemas neurológicos sean causa de los problemas psiquiátricos. Puede ser que sólo sean coincidentes y que, por ejemplo, los problemas de salud mental sean atribuibles al estrés en el ámbito escolar, o que ambos problemas deriven de un factor en común, por ejemplo un traumatismo craneo-encefálico y problemas de conducta atribuibles ambos al abandono y descuido de los padres.

Los problemas específicos en el aprendizaje y una inteligencia por abajo del promedio son consecuencias psico-educacionales frecuentes de las anormalidades cerebrales.

En las epilepsias, las habilidades cognitivas y escolares pueden estar alteradas por las descargas ictales clínicamente evidentes así como por las subclínicas.

Las alteraciones cerebrales pueden conducir a multitud de adversidades psicosociales. Las discapacidades físicas pueden ser objeto de burla de los compañeros, de un auto-concepto devaluado y de pocas oportunidades para hacer amistades. Si las anormalidades cerebrales tienen consecuencias neuro-conductuales como la hiperactividad o una deficiencia en las habilidades para descifrar las claves sociales y emocionales, pueden provocar efectos adversos en las relaciones familiares y sociales con los otros niños y personas. Además, está el efecto de las creencias y actitudes de la gente, es decir los prejuicios, respecto a los menores con estos problemas. Estos prejuicios favorecen tanto la sobreprotección como el rechazo y las expectativas poco realistas. Las creencias también pueden impedir a los padres establecer límites a la conducta de los hijos en virtud de atribuir el mal comportamiento de éstos a las alteraciones neurológicas que supuestamente impiden el auto-control. También, es posible que en la familia se suscite resentimiento entre los hermanos.

La epilepsia es un poderoso factor de riesgo para la emergencia de trastornos emocionales y conductuales, especialmente cuando se asocia a anormalidades neurológicas. La hiperactividad se ha reportado como un hallazgo frecuente en la epilepsia de lóbulo temporal secundaria a una lesión.

Los menores con trastorno de conducta se han reportado con mayor exposición a un hogar con padres en conflicto, hostilidad, descuido y abandono, de manera similar a aquellos menores que no presentan epilepsia, es decir que es resultado de adversidades en el entorno del menor y no una consecuencia de la epilepsia.

Las epilepsias de lóbulo temporal muchas veces sólo se manifiestan como crisis parciales con sensación de ansiedad o miedo y malestar estomacal.

Los dolores de cabeza y cansancio pueden ser molestias, que no se explican por otra causa médica. También, son frecuentes los berrinches acompañados de una conducta violenta muy llamativa, así como hiperactividad o la presencia de ambos fenómenos clínicos.

Las epilepsias de lóbulo frontal son frecuentemente mal diagnosticadas, pudiendo semejar alteraciones del sueño dado que presentan movimientos poco comunes tales como golpear al aire, movimientos cílicos de las piernas, posturas y vocalizaciones (Goodman, 2003).

Hallazgos del síndrome de manifestaciones epilépticas en la población mexicana

El síndrome de manifestaciones de epilepsia grave se asoció en los casos con 5 a 8 síntomas con alguno de los tres síndromes sugestivos de DAH así como con problema de lenguaje (moderado o grave); en los casos más complicados se asocia con alguno de los síndromes de conducta explosiva.

Conducta explosiva con probable daño cerebral

Síntoma clave: Es muy explosivo, pierde el control con facilidad.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta los tres siguientes: Dolores de cabeza frecuentes; es muy nervioso, miedoso; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniudo.

Conducta explosiva como probable rasgo exacerbado

Síntoma clave: Es muy explosivo, pierde el control con facilidad.

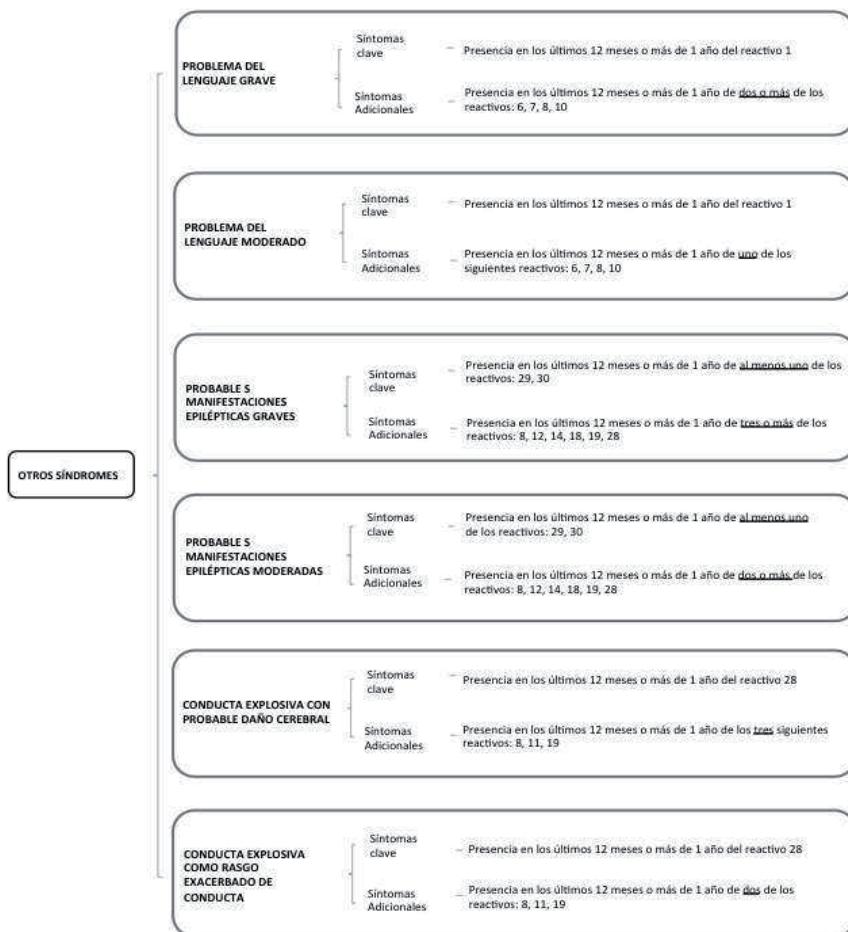
Síntomas adicionales: Además, el menor presenta dos de los siguientes: Dolores de cabeza frecuentes; es muy nervioso, miedoso; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniudo.

El síndrome de conducta explosiva como probable rasgo exacerbado de conducta se encontró asociado en los casos no complicados con los síndromes depresivos. En los casos más sintomáticos, con el síndrome depresivo grave con un solo síntoma cardinal, usualmente irritabilidad, y con el síndrome sugestivo de DAH hiperactivo-impulsivo.

Los síndromes de conducta explosiva pueden estar arraigados en la doble vertiente de una posible alteración cerebral así como de un patrón mal-adaptativo de conducta, o que las exigencias del entorno social sobre el menor son inadecuadas o inapropiadas.

El esquema 3 muestra las pautas para la identificación de los otros síndromes descritos en esta sección.

Esquema 3. Pautas para la identificación de Otros Síndromes



Viñetas Clínicas

La detección oportuna de probables trastornos mentales y problemas de conducta en la infancia y adolescencia es una tarea indispensable para la vigilancia de la salud mental en la consulta de primer nivel de atención.

Las viñetas que se presentan a continuación fueron elaboradas con base en los resultados del estudio titulado: Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en niños y adolescentes, realizado en un Centro de Salud de la Ciudad de México. Las manifestaciones emocionales y de conducta se identificaron a través de la aplicación del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico-CBTD (Caraveo, López, Soriano, López, Contreras, & Reyes, 2011).

Dichas manifestaciones se agrupan en síndromes descritos previamente:

Exteriorización: déficit de atención e hiperactividad, conducta oposiciónista, problema de conducta y la explosividad como probable rasgo exacerbado de conducta.

Interiorización: condiciones depresivas, síndromes de ansiedad y a los relacionados con la alimentación.

Otros síndromes: problemas del lenguaje, probables manifestaciones epilépticas, conducta explosiva con probable daño cerebral y a la enuresis.

Síndromes Mixtos tipo 1: combinación entre síndromes de exteriorización e interiorización.

Síndromes Mixtos tipo 2: combinación entre síndromes de exteriorización y/o de interiorización además de los agrupados en otros síndromes.

De acuerdo a los resultados de este estudio, la mayoría de los casos presentaron síndromes mixtos, y el riesgo de persistencia de los mismos a dos años de seguimiento fue notoriamente significativo (Caraveo-Anduaga 2016, en revisión).

Con base en la información clínica, se elaboraron en total 20 viñetas de acuerdo al sexo y grupo de edad, con rango entre 4 a 16 años; 10 viñetas de "casos" con síntomas significativos y suficientes para indicar la presencia de algún problema de salud mental y otras 10 con síntomas aislados, no significativos ni indicativos de algún problema de salud mental. Las viñetas fueron evaluadas de manera ciega por 7 expertos paidopsiquiatras, quienes mostraron un acuerdo global del 97% respecto al material presentado. (Caraveo-Anduaga y cols. "Vigilancia y atención de los problemas de salud mental en infantes y adolescentes. Trabajo presentado en XXIII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y Congreso Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría 12-16/09/2013).

La intención de este material es didáctica, con aplicación en la investigación educativa tal como se presenta en el siguiente capítulo. En esta área, permite hacer una exploración del conocimiento de los profesionales de la salud, acerca de manifestaciones clínicas que sugieren la presencia o no de problemas mentales y de conducta en infantes y adolescentes. De acuerdo a los resultados, se puede elaborar un programa de capacitación para los profesionales de la salud con miras a la detección oportuna y atención de calidad en lo que se refiere a problemas de salud mental.

A continuación se presentan las 20 viñetas elaboradas para la identificación de "caso" y "no caso".

| DESCRIPCIÓN DE LAS VIÑETAS | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| TIPO DE VIÑETA N=20 | SEXO DE LA VIÑETA | GRUPOS DE EDAD DEL NIÑO / ADOLESCENTE | CLAVE DE IDENTIFICACIÓN |
| Casos (C) Con algún problema de salud mental n=10 | 5 Hombre (M) 5 Mujer (F) | 2 de 3-5 años 2 de 6-8 años 2 9-11 años 2 12-14 años 2 de 15-17 años | CM1 Y CF1 CM2 Y CF2 CM3 Y CF3 CM4 Y CF4 CM5 Y CF5 |
| No caso (NC) Sin problema de salud mental n=10 | 5 Hombre (M) 5 Mujer (F) | 2 de 3-5 años 2 de 6-8 años 2 de 9-11 años 2 de 12-14 años 2 de 15-17 años | NCM1 Y NCF1 NCM2 Y NCF2 NCM3 Y NCF3 NCM4 Y NCF4 NCM5 Y NCF5 |

VIÑETA 1 CM1 (4 a 5 años)

CASO: Probable DAH hiperactivo-impulsivo / Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad y probables ausencias.

Se presenta a consulta Sra. de 30 años, acompañada de sus 4 hijos. Acude a la consulta médica general porque su hijo (Juan) de 5 años, presenta gastroenteritis de 4 días de evolución. Como parte de su historia clínica, existe el antecedente de que el niño frecuentemente hace berrinches y no obedece. Hace 5 días la madre le ordenó que no fuera a comer mangos con chile en la calle, y en respuesta su hijo tuvo una reacción muy explosiva, aventando sus juguetes a la calle. Además, refiere que los hermanos lo han observado irritable y de mal genio en el último mes.

En la escuela y en la casa han observado que se queda mirando al vacío (como en babia). Las mamás de sus compañeros le dicen frecuentemente que el niño dice mentiras.

En el kínder se reporta que Juan tiene bajo rendimiento en comparación a otros niños, es muy distraído y no termina sus trabajos. La madre comenta que esto se le hace raro pues cuando está enfrente de la televisión, el niño siempre está muy atento.

VIÑETA 2 CF1 (4 a 5 años)

CASO: Probable DAH/ Probable síndrome de Ansiedad/ Explosividad

Paciente femenino (María) de 5 años de edad, asiste a consulta acompañada de su madre para obtener el certificado médico de salud que le solicitan en la escuela para inscribirse en el nuevo ciclo escolar. La niña terminó el 2º año de pre-escolar. La madre de 22 años, se dedica al hogar y vive en unión libre con el padre de María.

Es muy notorio que María se muestra muy inquieta durante la consulta, toma los objetos del consultorio y no obedece las indicaciones de la madre. Ésta refiere, que la inquietud excesiva inició este año y ha ido en aumento. Esta conducta le causó a María diversos problemas en el último año, la maestra le comentó a los padres que no termina las tareas y es muy distraída, y que: "*no puede controlar a la niña*", sugiriendo que la llevara a un psicólogo.

La madre la llevó a consulta con una psicóloga, pero como no le decían que tenía, dejó de llevarla pues piensa que así son todos los niños y que su hija no tiene nada mal. Sin embargo, comenta que desde hace 6 meses le preocupa que frecuentemente María está muy irritable y tiene pleitos frecuentes con sus hermanos y primos. También ha observado que la niña es muy miedosa y en algunas ocasiones manifiesta temor excesivo cuando su mamá sale de casa y no la lleva con ella.

VIÑETA 3 NCF1 (4 a 5 años)

NO CASO: subclínico; rasgos de ansiedad y atención disminuida.

Acude al consultorio paciente femenino (María) de 5 años de edad, en compañía de sus padres por presentar cuadro gripal con insuficiencia respiratoria desde hace 2 días. La madre de 32 años de edad, se dedica al hogar y comenta que ella es la que convive más con María. La niña es la segunda de sus 4 hijos. Actualmente cursa el 2º año de pre-escolar mostrando un buen aprovechamiento, tiene buena relación con sus compañeros y profesores.

En el último año, María se comporta muy nerviosa y miedosa en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando sus padres salen y no la llevan con ellos. También han notado que la niña es inquieta y un poco distraída, sin que esto

afecte su funcionamiento escolar, familiar y social. Se menciona como antecedente que la niña tiene un hermano mayor con déficit de atención.

VIÑETA 4 NCM1 (4 a 5 años)

NO CASO: subclínico; con rasgos de ansiedad de separación y cierta conducta oposicionista.

Acude a la consulta médica general paciente masculino de 4 años de edad (Juan) acompañado por su madre y abuela paterna, para obtener el certificado médico de salud, necesario para el ingreso al nuevo ciclo escolar. Juan es el primero de 3 hermanos, su madre tiene 26 años, casada y se dedica al hogar.

Comentan que en el último año Juan presenta nerviosismo caracterizado por hiperhidrosis palmar, temblor y mareo cuando se tiene que separar de la abuela a la que está muy apagado, y aunque estos síntomas se presentan en pocas ocasiones, si han llamado la atención de la mamá. La abuela refiere que ha notado que el niño se ha vuelto más inquieto y rebelde, sobre todo cuando le pide que haga alguna tarea, la cual la realiza con enojo y frecuentemente olvida las indicaciones para ejecutarla. En general, el niño tiene buenas relaciones interpersonales y su rendimiento escolar es adecuado.

VIÑETA 5 CF2 (6 a 8 años)

CASO: Probable DAH; Probable síndrome de ansiedad; Probable Condición depresiva moderada (1)

Acude paciente femenino (María) de 7 años acompañada por sus padres, quienes refieren que la niña frecuentemente presenta infecciones respiratorias agudas, que en ocasiones se complican y le provocan cuadros de asma bronquial. Además, comentan que desde hace 6 meses le ha cambiado mucho el carácter "ahora se la pasa enojada y prefiere jugar sola". Cuando la reprenden tiene reacciones muy exageradas en las que pierde fácilmente el control.

En las juntas del colegio los profesores les han comentado que la niña va muy atrasada en su aprendizaje en comparación con los demás compañeros. En el salón de clases frecuentemente se levanta de su asiento y no obedece las instrucciones del profesor. En cuanto a las tareas que le solicitan en la casa, es difícil que las termine y casi siempre las deja a la mitad.

En ocasiones la niña tiene algunos problemas para dormir: "me despierto en las noches" (sic paciente). Además, frecuentemente manifiesta miedos diversos (obscuridad, animales etc.).

Por último, los padres mencionan que la niña pasa muchas horas del día con la abuela materna y que manifiesta un apego exagerado hacia ella.

VIÑETA 6 CM2 (6 a 8 años)

CASO: Probable DAH; Probable problema de conducta/ Explosividad / Probable problema del lenguaje / Ansiedad de separación.

Se presenta paciente masculino (Juan) de 6 años de edad en compañía de su abuela materna, quien explica que la madre de Juan trabaja todo el día, dejándolo a su cargo: "yo lo he criado y conozco todo de él" (sic. Abuela). Lo lleva a consulta para control del niño sano; le preocupa que su nieto tenga sobrepeso.

Al interrogatorio, se refiere que Juan cursa primero de primaria, con bajo aprovechamiento (6 de promedio). Presenta problemas para la pronunciación de algunas sílabas. Tiene malas relaciones con sus compañeros de grupo, quienes le temen porque es muy agresivo y con regularidad los agrede físicamente cuando se enoja. Las escasas amistades que entabla en la escuela son con niños muy similares a él y que frecuentemente son reportados y castigados.

La abuela menciona que en casa es muy desobediente y le miente con frecuencia para obtener beneficio. Es común que cuando le pide que haga un mandado se le olvidan cosas (dinero, las llaves etc.). También es muy notorio que en el último año se ha vuelto mucho más inquieto: "Ahora no lo podemos parar, todo el tiempo anda de un lado a otro" (sic. Abuela).

Además el niño está muy apegado a su abuela y quiere ir con ella a todos lados, manifestando mucho nerviosismo y miedo cuando ella sale y no la acompaña.

VIÑETA 7 NCM2 (6 a 8 años)

NO CASO: subclínico

Acude al consultorio paciente masculino (Juan) de 7 años, acompañado por sus padres, debido a que presenta infección respiratoria aguda de 2 días de evolución. Refieren que Juan es más inquieto que sus hermanos, exponiéndose a algunas situaciones de riesgo, sin que hasta ahora le haya ocurrido algún accidente. Les preocupa que en ocasiones comete errores por descuido, por ejemplo un día olvidó su mochila en un restaurante. Sin embargo, estos olvidos son ocasionales y generalmente logra organizarse bien con sus actividades. Tiene un aprovechamiento adecuado en clase. El padre comenta: "me gustaría que fuera más seguro de sí mismo, pues lo veo con muchos miedos". Al

interrogatorio, se aprecia que el niño logra controlar la ansiedad y enfrentar la mayoría de sus miedos. El paciente expresa que ante situaciones estresantes tiende a comer mucho, sin embargo no presenta sobrepeso.

VIÑETA 8 NCF2 (6 a 8 años)

NO CASO: Subclínico

Se presenta a consulta acompañada de su madre, paciente femenino (María) de 8 años de edad, por un cuadro de gastroenteritis aguda. En el interrogatorio complementario, la madre comenta que últimamente le ha llamado la atención verla preocupada cuando tiene que presentar algún trabajo para la escuela. Actualmente María cursa el tercer año de primaria y su desempeño en la escuela es bueno, con un promedio de 9. Su relación con los compañeros es adecuada y tiene varios amiguitos. No obstante, la maestra le ha comentado a la madre de la paciente, que en ocasiones se muestra un poco inquieta y distraída.

VIÑETA 9 CF3 (9 a 11 años)

CASO: Probable DAH/ Problema del lenguaje / Conducta explosiva con probable daño cerebral/Descartar discapacidad intelectual.

Se presenta a consulta paciente femenino (María) de 10 años de edad, acompañada de su madre, que refiere tener 27 años, ser madre soltera y que actualmente trabaja en el servicio doméstico de una casa.

El motivo de consulta es solicitar un certificado médico de salud para la niña, ya que es un requisito para reinscribirla a 3er año de primaria por segunda ocasión pues reprobó.

Como antecedentes se refiere que, desde pequeña, tiene problemas de lenguaje (a veces no se le entiende lo que dice) y que era más lenta para aprender en comparación a sus otros hermanos.

Siempre ha sido muy inquieta, se mueve en exceso y frecuentemente tiene accidentes en casa. En la escuela es común que los maestros reporten que no termina las actividades. En el último año la niña se ha mostrado agresiva y muy enojona, llegando a tener pleitos con sus compañeros. En la casa hace berrinches frecuentemente y pierde el control con facilidad. Además, se tarda algunas horas para quedarse dormida; durante varios días de la semana tiene pesadillas y se queja frecuentemente de dolor de cabeza.

VIÑETA 10 CM3 (9 a 11 años)

CASO: Probable DAH / Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad y probables ausencias.

Se presenta a consulta Sra. de 37 años, acompañada de sus 4 hijos. Acude a la consulta médica general porque su hijo (Juan) de 11 años, presenta gastroenteritis de 4 días de evolución.

Como parte de su historia clínica, existe el antecedente de que el niño frecuentemente hace berrinches y no obedece. Hace 5 días la madre le ordenó que no fuera a comer mangos con chile en la calle, y en respuesta su hijo tuvo una reacción muy explosiva, aventando sus juguetes a la calle. Además, refiere que los hermanos lo han observado irritable y de mal genio, prefiriendo jugar solo y lo notan triste en el último mes.

En la escuela y en la casa han observado que se queda mirando al vacío (como en babia). Las mamás de sus compañeros le dicen frecuentemente que el niño dice mentiras. También, en la escuela se reporta que Juan tiene bajo rendimiento en comparación a otros niños, es muy distraído, no termina sus trabajos, olvida sus útiles escolares en casa y no entrega sus tareas completas.

VIÑETA 11 NCF3 (9 a 11 años)

NO CASO: subclínico

Se presenta paciente femenino (María) de 9 años de edad acompañada por sus padres, solicitando un certificado médico de salud para poder realizar trámites de inscripción en la escuela. Los padres la describen como una niña callada y que en algunas ocasiones le hablan, ella está como ida (como en babia). Sin embargo, mantiene buenas relaciones con sus compañeros de grupo, participa en todas las actividades de la escuela y su rendimiento escolar es bueno (8.5 de promedio). La madre expresa: "me gustaría que fuera más independiente, quiere estar conmigo todo el tiempo". Por su parte, María menciona que es raro que se sienta triste, pero se siente muy presionada en época de exámenes.

VIÑETA 12 NCM3 (9 a 11 años)

NO CASO: subclínico

Acude consulta paciente de 9 años de edad (Juan), acompañado por su madre, quien refiere tener 35 años, estar casada, que Juan es el segundo de tres hijos y que es referido de un hospital general, para continuar con su tratamiento de una luxación en el tobillo derecho. La madre comenta que la lesión de Juan fue consecuencia de un pleito con uno de los compañeros más agresivos del salón. "Me estaba molestando y por eso nos peleamos" (sic. Paciente). La madre continúa relatando que, en general, Juan no es peleonero, pero en el último

ciclo escolar los maestros lo han visto irritable, y en casa cuando es reprendido explota con facilidad, llegando en ocasiones a reaccionar azotando las puertas o pateando los muebles.

No obstante, Juan tiene buenas relaciones con sus hermanos, en casa realiza sus tareas en forma adecuada y en la escuela participa en todas las actividades que le indican. Cuenta con promedio de 8 en calificaciones.

VIÑETA 13 CF4 (12 a 14 años)

CASO: Probable Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad como rasgo exacerbado de conducta.

Acude a consulta adolescente de 14 años (María) en compañía de su madre, quejándose de dolor en epigastrio, el cual ha ido aumentando tanto en frecuencia como en intensidad durante los últimos meses. También es común que presente cefalea varios días a la semana. En consulta con otros médicos, no se ha encontrado alguna causa orgánica para estos síntomas.

María es hija única, actualmente está repitiendo el 2º año de secundaria, sus padres se encuentran separados desde hace 2 años y su madre aporta el ingreso económico a la casa trabajando en un taller de ropa. Refiere que ve a su papá muy pocas veces al año.

María comenta que al ingresar a la secundaria cambió de escuela, y que además, empezó a tener muchos problemas con su mamá. Desde entonces presenta irritabilidad, que ha ido en aumento: "me enojo de todo y contesto mal". También se ha notado nerviosa y miedosa durante el último año, ocasionando que no enfrente muchas situaciones, como por ejemplo el exponer en clase, contribuyendo a que tenga bajas calificaciones en algunas materias. También menciona que le cuesta mucho trabajo mantener la atención durante la clase, que llora más fácilmente que antes y que ha perdido el interés de estar con sus amigas.

La madre reporta que su hija es muy explosiva y reacciona de una manera muy exagerada cuando algo no le sale como ella quiere (avienta cosas y patea los muebles).

VIÑETA 14 CM4 (12 a 14 años)

CASO: Probable DAH/ probable condición depresiva moderada.

Se presenta en el consultorio adolescente de 13 años (Juan), acompañado de su padre y su hermano mayor. Acude a consulta para curación de herida en mano derecha de 4 días de evolución la cual requirió 7 puntos de sutura. El

accidente ocurrió debido a que el paciente de manera imprudente estaba jugando con unos cuchillos de cocina.

El padre comenta que no es la primera vez que algo similar le ocurre, pues debido a que se distrae con mucha facilidad, le suceden accidentes con frecuencia. Desde hace 2 años es muy desobediente y discute regularmente con su padre, así como con otros adultos. Los maestros en la secundaria refieren que sale del salón muchas veces durante el día. Sin embargo, en las últimas semanas lo han notado triste y aislado de sus compañeros.

El hermano comenta que últimamente lo ha visto muy nervioso y que cuando se enoja menciona que se quiere morir.

VIÑETA 15 NCM4 (12 a 14 años)

NO CASO: subclínico con probable inatención

Acude a consulta paciente masculino de 14 años (Juan) en compañía de su padre de 39 años, presentando intoxicación alimentaria, al parecer por consumir tacos afuera de la escuela. Durante la consulta se observa buena relación entre el padre y el hijo. No obstante, a Juan se le nota inquieto e impaciente. Al interrogar acerca de esta conducta en otros contextos, el padre comenta que es poco frecuente que la presente, pero en el último año ha sido más desobediente y explosivo con su mamá. En él último año escolar ha tenido 2 reportes por no entregar tareas a tiempo. Cuenta con un promedio de 7.5, dificultándosele hacer trabajos que requieren una atención sostenida, sin embargo, aunque se tarda, logra terminarlos. Participa en todas las actividades de la escuela, en especial muestra interés por los deportes.

VIÑETA 16 NCF4 (12 a 14 años)

NO CASO: subclínico, reacción de ajuste.

Acude a consulta paciente femenino de 14 años de edad (María), acompañada de su madre de 42 años. Ésta comenta que, la niña presentó su menarca el día de ayer y desde entonces ha presentado dolor y distensión abdominal, cefalea e irritabilidad. Además, María refiere que se siente muy inquieta y con cambios de ánimo. Por su parte, la madre agrega que ha notado que su hija se queja ocasionalmente de molestias físicas sin tener una enfermedad, esto sobre todo en situaciones estresantes como en los períodos de exámenes. En los últimos meses los padres han tenido algunos problemas económicos lo cual ha ocasionado que tengan discusiones frecuentes, mismas que se han dado enfrente de María. La paciente ha tenido ligera baja en sus calificaciones pero

mantiene buen desempeño escolar y cumple con sus obligaciones. Tiene muchas amistades, con quienes sale los fines de semana.

VIÑETA 17 CF5 (15a 17 años)

CASO: probable DAH / Conducta explosiva con probable daño cerebral / Condición depresiva moderada.

Acude a consulta paciente femenino (María) de 15 años, acompañada por su madre quien refiere ser madre soltera, siendo la paciente la mayor de sus 4 hijos.

María, dice tener muchos problemas en la escuela, actualmente cursa el tercer año de secundaria, y está a punto de reprobarlo (ya anteriormente había reprobado 4º año de primaria).

Los maestros se quejan de que es muy distraída y frecuentemente se levanta de su asiento en clase, además de que casi siempre contesta a sus preguntas en forma agresiva, tiende a ser explosiva y a perder el control con facilidad cuando se le pide que haga algo que no quiere, no termina las tareas que le asignan en el tiempo indicado, y se queja de dolores físicos frecuentes sin que en las visitas al médico se le haya encontrado algún problema físico.

En casa mantiene malas relaciones con su familia, especialmente con sus hermanos, quienes frecuentemente la notan muy irritable. Su madre ha notado que come demasiado y tiene sobrepeso. En las últimas semanas la han observado triste y deprimida, y algunas veces a la semana no puede dormir por las noches. También, la han percibido miedosa sin haber una buena razón. Ha iniciado consumo de alcohol en forma ocasional (1 vez por mes), sin llegar a la embriaguez.

VIÑETA 18 CM5 (15a 17 años)

CASO: probable Condición depresiva / Problema de conducta

Se presenta a consulta médica paciente masculino de 17 años (Juan) acompañado de su madre de 50 años. Ésta comenta que su hijo ha tenido muchos problemas de conducta en los últimos 2 años, entre ellos, el consumir alcohol cada fin de semana, robar dinero de la casa, así como escaparse de las clases y de la casa regularmente. También, se le ha visto triste y deprimido con frecuencia. Con respecto a la escuela ha reprobado 2 años seguidos el primero de preparatoria, y actualmente lleva reprobadas casi todas las materias. Juan se queda solo en las tardes pues los dos padres trabajan todo el día. La comunicación en casa es muy difícil ya que el padre es impaciente, agresivo y es alcohólico.

La madre llora todo el tiempo durante la consulta, y de acuerdo a su relato, al parecer tiene ánimo bajo desde hace varios meses.

VIÑETA 19 NCF5 (15 a 17 años)

NO CASO: subclínico, reacción de ajuste.

Acude a consulta paciente femenino de 17 años (María) en compañía de su novio de 19 años. El motivo es por presentar cefaleas fronto-occipitales ocasionales. La paciente comenta que ha notado que se preocupa de forma exagerada por situaciones de la vida diaria.

Refiere que en los últimos meses ha tenido discusiones frecuentes con sus padres y pleitos ocasionales con sus hermanas pues no aceptan a su novio. Le dicen que contesta de forma muy agresiva, pero comenta que estos problemas se dan únicamente en casa pues en la escuela se siente muy tranquila "tengo muchos amigos y amigas, los problemas son cuando me voy a mi casa" (sic paciente). En relación a la escuela le preocupa que aún no ha decidido qué carrera estudiará. Actualmente tiene promedio de nueve y no hay quejas de los profesores.

VIÑETA 20 NCM5 (15 a 17 años)

NO CASO: subclínico, ansiedad.

Acude a consulta paciente masculino de 16 años (Juan), por presentar rinitis alérgica desde hace 1 año. El paciente refiere que sus síntomas aumentan cuando está sujeto a situaciones de estrés, como por ejemplo en períodos de exámenes o cuando tiene que exponer en clase; aunque puede con esfuerzo realizar estas actividades satisfactoriamente, pero prefiere no tener que enfrentarse a situaciones donde es el centro de atención de muchas personas. En la escuela, sus relaciones interpersonales son adecuadas y se le facilita hacer amistades. En casa, se lleva bien con sus padres, pero menciona que son muy estrictos y en muchas ocasiones prefiere no contarles lo que le pasa. Actualmente tiene buen desempeño académico (8.5 de promedio) y tiene planes de estudiar la carrera de medicina al terminar la preparatoria. Ha consumido alcohol en 2 ocasiones sin llegar a la embriaguez.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Barkley RA & Biederman J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for Attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36,1204-1210.
- Bennett, K.J., & Offord, D.R. (2001). Screening for conduct problems: Does the predictive accuracy of conduct disorder symptom improve with age? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1418-1425.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *J. Child Psychol Psychiatr*, 50(4), 386-395.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., & Bolduc-Murphy, E. A. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Birmaher B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J. Dahl R. E., Perel, J., & Nleson, B. (1996). Childhood and adolescent depression; A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Bishop, D. (2003). Speech and language difficulties. In: M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. Fourth ed. UK: Blackwell Science.
- Brown, T.E. (2000a). Emerging understandings of attention-deficit disorders and comorbidities. In: T.E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. (pp. 3-56). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, T.E. (2000b). Psychosocial interventions for attention-deficit disorders and comorbid conditions. In: T.E. Brown, (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp.537-568). Washington, DC: American Psychiatric Press;
- Caraveo, J., & Mas, C.C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5), 523-531.
- Caraveo, A.J., Medina-Mora, M. E., Tapia, C. R., Rascón, M. L., Gómez, M., & Villatoro, J. (1993). Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría*, 9, 137-151.

- Caraveo, A.J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López-Lugo, E. K., & Martínez, V. A. (1995a). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37(5), 445-451.
- Caraveo, J., Colmenares, E., & Martínez. N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Caraveo-Anduaga, J., Nicolini, S.H., Villa, R.A., Wagner, & E.F. (2005). Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 47(1), 20-26.
- Caraveo-Anduaga, J. (2006). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes, CBTD: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.
- Caraveo-Anduaga, J. (2007). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(1), 48-55.
- Caraveo-Anduaga, J. (2011a). Intergeneration familial risk and psychosocial correlates for anxiety syndromes in children and adolescents in a developing country. In: A. Szirmai (Ed), *Anxiety and related disorders* (pp. 49-68) Croatia: InTech open access publisher.
- Caraveo-Anduaga, J., López, J. J., Soriano, R. A., López, H. J. L., Contreras, G. A., & Reyes, M. A. (2011b). Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Revista De Investigación Clínica*, 63(6), 590-600.
- Caraveo-Anduaga, J., Soriano, A. (2011c). Prevalencia de síndromes en niños y adolescentes de un centro de salud: Qué nos ha pasado? En: Escamilla C.M. I Curso Internacional "Horizontes de la salud mental en la segunda década del siglo XXI"; 2011 May 24-May 27; Mexico D.F. Secretaría del Salud del Distrito Federal.
- Cooper, B. (1979). Demographic and epidemiological methods in psychiatric research. in: K.P. Kisker, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgren (Eds.), *Psychiatrie der Gegenwart* (pp.685-710). Berlin: Springer-Verlag.
- Costello, E.J, & Edelbrock, C. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics*, 82, 415-424.
- Costello, J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.

- De la Peña, F., & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y adolescencia. En: J.R. De la fuente & G. Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 102-109). México: McGraw Hill.
- DuPaul, G.J., & Power, T.J. (2000). Educational interventions for students with attention-deficit disorders. In: T.E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp. 607-636). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frick, P.J., Van Horn, Y., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Loeber, R., Hart, E. A., Tannenbaum, L., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Gabel, S. (1997a). Oppositional defiant disorder. In: J.D. Noshpitz (Editor-in-Chief), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 351-358). USA: John Wiley & Sons Inc.
- Gabel, S. (1997b). Conduct disorder in grade-school children. In: J.D. Noshpitz (Editor-in-Chief), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 359-401). USA: John Wiley & Sons Inc.
- Goodman, R. (2003). Brain disorders. In: M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. UK: Blackwell Science.
- Harrington, R.C., Fudge, H., Rutter, M., Pickles A., & Hill J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression, II: risk for antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 434-439.
- Harrington, R.C., Rutter, M., Weismann, M. M. Fudge H., Groothues, C., Bredenkamp, D., Pickles, A., Rende, R., & Wickramaratne, P. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands, I: comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset forms. *Journal of Affective Disorders*, 42, 9-22.
- Harrington, R.C. (2000). Childhood Depression: is it the same disorder? in: J.L. Rapoport (Ed.), *Childhood onset of "adult" psychopathology* (pp. 223-244). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hawkins-Walsh, E. (2001). Turning primary care providers' attention to child behavior: a review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 15, 115-122.
- Hofstra, M.B., Der Ende, J. V., & Verhulst, F. C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(7), 850-858.
- Jellinek, M.S. (1998). Pediatric psychosocial screening: Of sufficient benefit to encourage. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 19, 353-354.

- Kendler, K.S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLaean, C., Neale, M.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.
- Klein, R.G., & Pine, D.S. (2002). Anxiety disorders. in: M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 486-509) fourth ed. Oxford: Blackwell.
- Kovacs, M., Akiskal, S., Gatsonis, C., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Lewis, M. (1979). Differential diagnosis. in: J. Noshpitz (Ed.), *Basic Handbook of Child Psychiatry* (pp. 144-156). New York: Basic Books, Inc. Pub.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214) Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Schwartz, C.E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015.
- Stein, M.T., & Wolraich M.L. (1997). Guidelines for Health Supervision III. Elk Grove Village, IL. *American Academy of Pediatrics*.
- Taylor, E. (1995). Dysfunctions of attention. In: D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp.243-273). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Weiss, D.D., & Last, C.G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestations of anxiety disorders. In: M. W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp.27-43). New York: Oxford University Press.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2006). *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence* (5a.Ed.). New York, NY: McGraw Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to childhood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- World Health Organization (WHO). Expert committee on Mental Health: Epidemiology of mental disorders. Geneva: WHO; 1960 (Techn. Reports 185)).
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO.1993.

SEGUNDA PARTE

Manual para identificar estigma hacia problemas de salud mental en niños y adolescentes. Aplicable a profesionales de la salud

**Jorge Javier Caraveo-Anduaga
Alejandra Soriano Rodríguez**

INTRODUCCION

Este manual tiene como propósito proveer de una herramienta a los investigadores y profesionales interesados en la investigación de la salud mental para evaluar el desconocimiento, actitudes negativas y conductas de rechazo (elementos que constituyen el estigma) que presentan los profesionales de la salud del primer nivel de atención hacia los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente. Esta herramienta es la estructura del *Cuestionario para personal de salud del primer nivel de atención* que fue probado, adaptado, validado y aplicado en los centros de salud de la Ciudad de México.

Se ha documentado que 80% de los niños que reciben diagnóstico de un problema de salud mental tuvieron por lo menos una visita en el año anterior con un médico general (Zwaanswijk, 2005), por lo que la consulta en el primer nivel de atención representa una gran oportunidad para el diagnóstico y tratamiento oportunos. El médico general diagnostica de 10% a 12% los problemas de salud mental en los niños que atiende (Afana, Dalgard, Bjertness, & Grunfeld, 2002). En cambio, cuando los niños son vistos por los servicios especializados en Salud Mental ya han pasado de 5 a 7 años del inicio de los síntomas y generalmente el cuadro clínico de estos casos es severo, lo cual complica el tratamiento y empeora el pronóstico en los pacientes (Hill, 2005).

Debido a que actualmente los servicios de paidopsiquiatría se encuentran saturados y el personal no es suficiente para atender este tipo de problemas, muchos de los casos leves y moderados podrían ser atendidos por el médico general en primer nivel de atención (OMS, 2008; WFMH, 2011).

Para que los médicos generales diagnostiquen tempranamente y den tratamiento a los casos leves de niños y adolescentes, es muy importante que primeramente identifique la problemática más común con la que los niños y adolescentes acuden a consulta en el primer nivel de atención (Caraveo, Medina, Rascón, Gómez, & Villatoro, 1993) y en segundo lugar que cuenten con conocimientos básicos; sin embargo, el principal obstáculo que se ha identificado para que las personas con algún problema de salud mental no reciban atención, es el estigma.

Con respecto a lo señalado por Thornicroft, Rose, Kassam y Sartorius (2007), los elementos básicos que integran el fenómeno del estigma son: problemas de conocimiento (estereotipo), actitudes negativas (prejuicio) y conducta de rechazo o evitación (discriminación). Así, el estigma puede ser abordado en

términos de que el problema de desconocimiento da lugar al prejuicio y discriminación.

Las personas estigmatizadas, en especial los menores, presentan signos de inseguridad y baja autoestima. Esto aunado con el problema de salud mental que presentan los hace susceptibles a ser más vulnerables para desarrollar alguna psicopatología durante el desarrollo. Dado lo anterior, la relevancia de la evaluación de los tres elementos mencionados se basa en dos aspectos: 1) Que la práctica médica general es un eslabón decisivo para el acceso a la atención psiquiátrica y uno de los filtros es la detección del trastorno por parte del médico de primer contacto, en donde opera el conocimiento de técnicas de entrevista, factores de personalidad, entrenamiento y actitudes por parte de los mismos (Goldberg & Huxley, 1980) y 2) Que el desconocimiento, la actitud negativa y la conducta de evasión o rechazo, obstaculizan de alguna manera la detección oportuna y adecuada de cualquier síntoma o problema de salud mental. Por lo tanto el efecto que puede tener el estigma en el tratamiento de la persona afectada, sea niño o adolescente, así como en la familia, se hace evidente.

Dicha situación originó el interés de los autores por investigar cómo es que los factores antes mencionados se interrelacionan y juegan, potencialmente, un papel para impedir un diagnóstico y tratamiento oportunos; así como, determinar las necesidades de capacitación, sensibilización y motivación de los profesionales de primer contacto para proporcionar atención de manera oportuna, con calidad y calidez, a los niños y adolescentes que presentan algún problema de conducta o de salud mental; de tal forma que pudieran prevenirse consecuencias negativas de orden social y psicológicas en los niños o adolescentes. Para tal efecto se elaboró el *Cuestionario para personal de salud del primer nivel de atención*, el cual fue probado, adaptado, validado, y aplicado a 2744 profesionales de la salud de los servicios del primer nivel de atención en los centros de salud de la Ciudad de México.

A partir de la experiencia del estudio realizado, se presenta este manual organizado en cuatro secciones principales: En la primera, se incluye una sección informativa sobre salud mental, el término estigma y su relación con la atención a la salud; en la segunda, se describe el *Cuestionario para Personal de la Salud del primer nivel de atención*; en la tercera sección, se indica la forma de aplicación del instrumento y en la cuarta sección se presentan los componentes de la estructura del cuestionario para el análisis estadístico y la interpretación de los datos.

Antecedentes

En esta sección se presenta una breve descripción y panorama de los términos de Salud mental y estigma que ayudará a la comprensión del instrumento y el propósito del mismo.

Salud Mental

Cada vez es más creciente la evidencia de que no hay desarrollo sin salud, ni salud sin salud mental. En la actualidad el abordaje de los trastornos mentales está vinculado con los derechos humanos. Una de las violaciones más comunes a estos derechos es la falta de acceso a la atención y tratamientos básicos en salud mental. Sabemos que alrededor del mundo 68.6% de la atención psiquiátrica se da en hospitales psiquiátricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que "el cuidado de la salud mental esté disponible a un nivel comunitario para cualquiera que pudiera necesitarlo" (OMS, 2008).

A nivel mundial la salud mental de los niños y los adolescentes debe ser vista como una prioridad de Salud Pública. La OMS ha reportado que 10% a 20% de la población de niños y adolescentes padece algún trastorno mental o de conducta (WHO, 2004). También ha señalado que cuando los niños son tratados por problemas mentales, una alta proporción de ellos no son atendidos por servicios especializados, 40% de los países carecen de servicios especializados en niños (WHO, 2006). Es un hecho de que la gran mayoría de los cuidados médicos otorgados a niños con enfermedades mentales son impartidos por personal de salud del primer nivel de atención y no por psiquiatras de niños y adolescentes.

Sabemos que la prevalencia de problemas de salud mental en niños y adolescentes está aumentando dramáticamente (Collishaw, Maughan, Goodman, & Pickles, 2004; Caraveo-Anduaga, López, Soriano, López, Contreras & Reyes 2011a). En México, y más recientemente, en la Ciudad de México, los resultados de estudios epidemiológicos han estimado que la población entre los 4 a 16 años que presenta problemas psicopatológicos incrementó de 16% en 1995 a 40% en 2008 (Caraveo, Colmenares, & Martínez, 2002; Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009). Desde 1997 se documentó que 34.5% de la demanda de servicios de salud mental en el primer nivel de atención es acerca de problemas psicopatológicos en la infancia, muchos de ellos acuden en fases avanzadas y con diversas complicaciones (De la Fuente, Medina-Mora & Caraveo, 1997); situación que ha sido confirmada en los estudios realizados posteriormente

(Caraveo et al, 2002; Caraveo-Anduaga & Soriano, 2011b; Caraveo-Anduaga, Soriano, & Erazo, 2013).

En la Ley General de Salud de México (24-04-2013) se ha contemplado de manera enfática la importancia de la salud mental como área prioritaria conjuntamente con la planificación familiar y la atención materno-infantil, considerándose como servicio básico y señalando la necesidad de lograr la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Dentro de las acciones de la prevención primaria está el fortalecer aquellas condiciones y conductas que favorecen la salud; así como, detectar tempranamente sobrecargas y manifestaciones iniciales de daños y deterioros para modificar o tratar oportunamente a la población. Para ello, es indispensable conocer los factores y condiciones que influyen positiva y negativamente en el proceso salud-enfermedad mental (Cámara de Diputados, 24 de abril de 2013).

Principales problemas de salud mental en niños y adolescentes

Los problemas mentales son difíciles de definir, engloba a un amplio rango de problemas, desde preocupaciones de la vida diaria hasta situaciones mucho más severas y debilitantes, como la depresión. Estos problemas se vuelven mucho más preocupantes cuando afectan de manera severa la capacidad de los individuos para funcionar adecuadamente en el día a día (Hill, 2005). Los servicios nacionales de salud en el rubro de niños, adolescentes y servicios de maternidad tienen la siguiente definición:

Los problemas de salud mental pueden ser reflejados por disfunción y dificultad en las relaciones interpersonales, en el desarrollo psicológico, la capacidad de jugar y aprender, así como por estrés y conductas mal adaptativas. Estos problemas pueden persistir o no a lo largo de la vida. Cuando estos problemas son persistentes, severos y afectan el funcionamiento son definidos como trastornos de la salud mental. (MHF, 2006)

Los resultados de investigación han indicado que la percepción y búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental en los niños se realiza tarde y generalmente después de que los niños han tenido problemas serios de comportamiento, relaciones interpersonales y autoestima, principalmente resaltadas en el ámbito escolar (Rico, Magis, Guerrero, Gómez, Ruiz, Vargas, & Silva, 1998; Caraveo, et al, 2002); razón por lo que la población atendida en los servicios de salud mental se presenta con múltiples problemas y complicaciones (Caraveo, 2007a).

Los principales síndromes que presentan corresponden a depresión, déficit de la atención e hiperactividad, ansiedad y conducta oposicionista (Caraveo, 2007a).

En este sentido, los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta asociándose a otros trastornos psiquiátricos; otros trastornos durante la adolescencia, favorecen y se complican con conductas de riesgo tales como el uso y abuso de sustancias, conductas suicidas, delitos y actos violentos; así como embarazos en adolescentes.

En especial, las personas que han sufrido el TDAH durante la infancia, tienen aproximadamente un riesgo 5 veces mayor de consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas ilícitas), comportamiento antisocial (arrestos, agresión, problemas con la ley, ingreso en instituciones juveniles) y otros trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad en la adolescencia y edad adulta, a diferencia de las personas que no han sufrido este trastorno. Los problemas académicos o educacionales persisten durante la adolescencia (Cumba-Avilés, Bauermeister, Matos, Salas, & Reina 2002; Costello, Copeland, & Angold, 2011).

Este panorama obliga a detectar y atender tempranamente las necesidades crecientes respecto a estos problemas. Por lo que en el año 2004 se desarrolló un estudio piloto para desarrollar herramientas y evaluar estrategias con la finalidad de establecer la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia (Proyecto CONACYT Salud-2003-C01-60) de donde se deriva esta investigación y cuyos principales resultados en relación a los síntomas más frecuentes en una cohorte de 846 niños y adolescentes fueron: inquieto (57%), nervioso (54%), irritable (51%), inatento (51%), desobediente (41%), explosivo (40%), dependiente (31%), deprimido (27%), mentiroso (24%) y lento para aprender (21%); en algunos de estos síntomas predominaron los varones. Entre los síndromes del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico, CBTD, que se presentaron en mayor proporción fueron: Déficit de atención e hiperactividad en sus 4 subgrupos (46%), condiciones depresivas en sus 4 subgrupos (49%), ansiedad generalizada (32%), conducta oposicionista (26%), problema de conducta en 2 subgrupos (17%) (Caraveo-Anduaga, 2007a).

Es relevante mencionar que el medio ambiente juega un rol fundamental en la forma de expresión de las conductas mencionadas, el significado que se les atribuye y por consiguiente el nivel de tolerancia. En el ambiente escolar es donde más se hacen evidentes y se conocen las dificultades relacionadas con el TDAH (González, 2006); sin embargo, en el origen, evolución y desarrollo de

los problemas tanto afectivos como de conducta disruptiva, el ambiente familiar representa el primer lugar de riesgo. Las estadísticas revelan una relación cada vez más fuerte entre la disfunción familiar y el auto-concepto, autoestima, la marginalidad y la delincuencia (AACAP, 1997; AACAP/CWLA, 2003). Se ha señalado también que las conductas oposiciónista y disruptiva son manifestaciones de la presencia de vínculos tempranos inseguros, en especial ansioso o de evitación, poco consistentes y poco sensibles con las demandas del niño. La psicopatología en niños y adolescentes ha sido definida como una desviación del desarrollo normal que conduce a problemas en el desarrollo psicosocial del infante (Sroufe & Rutter, 1984).

En diversas partes del mundo se le da una gran importancia a la atención primaria en salud mental de niños y adolescentes. Por ejemplo, en Inglaterra se han señalado 3 acciones que deben realizar los equipos de atención primaria no especializados en salud mental (Audit Commission, 1999):

1. Identificación temprana de los problemas de salud mental.
2. Ofrecer tratamiento a los problemas menos severos.
3. Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de problemas severos, así como promoción de la salud y prevención de problemas.

Por lo tanto, la detección y atención oportuna de la presencia de problemas de salud mental en los niños y adolescentes así como de las condiciones de adversidad en las que se desarrollan, es una tarea primordial a realizar por parte de los médicos generales y del personal de salud de primer contacto.

Conocimiento del médico general sobre salud mental de los niños y adolescentes.

Los pacientes con problemas de salud mental que buscan tratamiento son a menudo observados por primera vez por médicos generales. La tasa de uso de servicios de salud mental es relativamente baja (Wang, Lane, Olfson et al., 2005). Uno de los principales indicadores para que los pacientes acudan a recibir atención es la percepción que tienen respecto a que los servicios sean realmente útiles. Se ha encontrado que los pacientes perciben como adecuados para la resolución de sus problemas mentales, los servicios prestados por parte de los médicos generales y otros miembros del personal de salud mental en los centros de salud; sin embargo, a los psiquiatras les atribuyen baja percepción de utilidad (Jorm, Korten, Jacomb et al., 1997).

En México, sabemos que aparentemente se diagnostican muy pocos de los problemas señalados en los niños que atienden (Caraveo et al., 2002).

La mayoría de los niños que acuden a los servicios de salud mental lo hacen después de 1 a 5 años de haber iniciado con los problemas (Caraveo & Mas, 1990; Caraveo et al., 2002), lo cual sugiere, por una parte, que no se está realizando una detección y tratamiento oportuno de estas condiciones; por otra, que se requieren acciones encaminadas hacia la educación de la población para la promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia (Caraveo et al, 2002; Caraveo-Anduaga, Nicolini, Villa, & Wagner, 2005). Esto puede ser consecuencia de que la disponibilidad de los servicios especializados es limitada, de que la mayoría de los servicios de salud mental del primer nivel de atención se encuentran actualmente muy saturados, porque existe escases de personal especializado en esta materia para realizar la detección y atención oportuna; además de que la experiencia en la práctica clínica de primer contacto respecto al manejo de los problemas y trastornos mentales de la infancia y adolescencia del paciente es limitada.

Estudiando el acceso a la atención psiquiátrica, Goldberg y Huxley (1980) identificaron 5 niveles y cuatro filtros. Los niveles, van desde la comunidad hasta las unidades especializadas de atención, siendo la práctica médica general un eslabón decisivo. El primer filtro lo constituye la conducta del paciente; el segundo filtro es la detección del trastorno por parte del médico de primer contacto y en factores que operan para que esa tarea se verifique, tales como las técnicas de entrevista, factores de personalidad, entrenamiento y actitudes.

En cuanto a las técnicas de entrevista y la obtención de la información necesaria respecto a la conducta de los pacientes, infantes y adolescentes, se ha desarrollado un instrumento de detección sencillo, de fácil aplicación en la práctica médica general y con validez clínica aceptable, que es el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) (Caraveo-Anduaga, 2006; Caraveo-Anduaga, 2007b; Caraveo & Soriano, 2013) presentado en el primer capítulo. A partir de los resultados obtenidos con este instrumento, se elaboraron una serie de viñetas sobre diversos síndromes, síntomas y problemas de conducta que se identificaron en niños y adolescentes que acuden a solicitar atención con el médico general. Las viñetas pueden ser utilizadas para la enseñanza y para identificar el nivel de conocimiento, tal como se explica en el apartado correspondiente del instrumento (ver anexo 2).

Otros factores que operan en el médico de primer contacto respecto al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, incluyendo la referencia de pacientes a servicios especializados, son: 1) la confianza en la habilidad para el manejo del paciente; 2) la disponibilidad y calidad de los

servicios psiquiátricos y 3) actitudes hacia los psiquiatras (Goldberg y Huxley, 1980).

Ante esta panorámica, es muy importante fomentar el desarrollo de las competencias necesarias que deben tener los profesionales para atender la vigilancia de la salud mental de los niños. En el año 2000 el consejo de acreditación médica en EE.UU. propuso una definición de competencias para médicos psiquiatras que incluye 6 áreas específicas para la atención al paciente: 1) Razonamiento clínico, 2) conocimientos médicos, 3) práctica basada en el aprendizaje y en la mejoría, 4) habilidades interpersonales y de comunicación, 5) profesionalismo y 6) los sistemas basados en la práctica (Swick, Hall & Beresin, 2006).

Epstein y Hundert (2002), propusieron la siguiente definición de competencias médicas: "El uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y de la reflexión en la práctica diaria para su beneficio individual y de la comunidad a la que sirven".

Toda persona que trate los problemas de salud mental debe tener conocimientos sobre las diferentes etapas normales del desarrollo y la psicopatología, para así detectar los signos y síntomas que indican una desviación. Este es el principio básico de la detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno en los problemas de salud mental de niños y adolescentes.

Profesionalismo y estigma

Un aspecto importante dentro del profesionalismo es evitar la estigmatización de los pacientes que presentan problemas de la salud mental. Una etiqueta, según Phelan y Link (2005), es un término que se aplica a las personas y especifica el tipo de persona o individuo que es. Muchos de los signos y síntomas de los trastornos mentales son violaciones a las reglas y normas establecidas. El resultado de la etiqueta de enfermedad mental, es el estigma, el cual se caracteriza porque la persona presenta aspectos no deseables que hacen que la gente la evite o la rechace.

En este sentido, existe un fuerte debate de si la conducta de la persona con algún trastorno mental es lo que provoca que la gente la evite y rechace o sí es la etiqueta misma la que tiene ese efecto. Estudios realizados acerca de la prevalencia de trastornos mentales, demuestra que la severidad de los síntomas tiene una fuerte relación con la probabilidad de buscar tratamiento; también es claro que los factores sociales, independientemente de la

sintomatología, influyen en quién si es etiquetado y quién no lo es. La conducta es más probable de ser vista como incomprensible cuando el observador es relacional y culturalmente diferente de la persona que presenta dicha conducta. El término "estigma" tiene una larga historia que inicia desde la Grecia clásica, donde aparece como una marca colocada sobre los parias; se introdujo al análisis sociológico a través del trabajo de Erving Goffman (1968), quien con base en una investigación empírica en personas que padecían trastornos mentales, o que presentaban deformidades físicas o practicaban lo que se percibía como conductas socialmente desviadas como la homosexualidad o el comportamiento criminal, argumentó que al individuo estigmatizado se le ve como una persona con una "diferencia indeseable". También señaló que la sociedad conceptúa el estigma en función de lo que constituye la "diferencia" o "desviación" y aplica reglas o castigos que conducen a una suerte de "identidad averiada" en el individuo en cuestión. De este modo, la etiqueta del estigma, entendido como un atributo negativo, se atribuye a las personas, quienes a su vez y en virtud de su diferencia, son valorados negativamente por la sociedad. El estigma o el concepto de estigma ha sido utilizado de diferentes formas en distintas épocas y circunstancias.

El estigma es una señalización que comúnmente atribuye actitudes negativas que generan una barrera en función de un prejuicio u opinión. Se considera que es una valoración negativa hacia una persona o grupo de personas que son señaladas o desacreditadas por los atributos que las caracterizan, por ejemplo: por su raza o etnia, por discapacidades físicas, por su orientación religiosa, por consumir drogas o haberlas consumido, por presentar un trastorno o enfermedad mental, entre otras. (Goffman, 1968; King, Dinos, Shaw, Watson, Stevens, Passetti, Weich, & Serfaty, 2007).

Indudablemente, una persona estigmatizada es víctima del prejuicio que acarrea consecuencias negativas de orden social, económicas, políticas y psicológicas. Las personas estigmatizadas sufren en virtud de la inseguridad acerca de cómo serán recibidas por las personas "normales", y constantemente muestran una auto-conciencia exacerbada acerca de la impresión que causan en los demás (Rush, 1998).

A la vez, la importancia de los actos de discriminación ha sido documentada por las experiencias personales de los usuarios de los servicios, en términos de efectos de desventaja sobre las relaciones personales, la parentalidad y el cuidado infantil, educación, entrenamiento, trabajo y hogar. Thornicroft y cols. (2007) han señalado que los elementos básicos que integran el fenómeno del estigma son: problemas de conocimiento (ignorancia), actitudes negativas (prejuicio) y conducta de rechazo y evitación (discriminación).

Así, el estigma puede ser abordado en términos de que el problema de conocimiento da lugar al prejuicio y discriminación.

El desconocimiento, actitud negativa y la conducta de evasión o rechazo, son factores que obstaculizan de alguna manera la detección y atención oportuna de cualquier síntoma o problema de salud mental y por ende reeditúa en la calidad de la atención. Sobre los cuales sería necesario trabajar para modificarlos.

Ante la magnitud del problema, y como parte de las Encuestas Generales de Opinión en los Estados Unidos (GSS, Davis y Smith 2005) se realizó un estudio acerca del estigma respecto a niños con problemas de salud mental (The National Stigma Study-Children, NSS-C), donde se emplearon cuatro viñetas presentando casos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Depresión, Asma y problemas de la vida diaria, sirviendo ésta última como punto de referencia. Los resultados acerca del estigma asociado a los problemas de salud mental en niños y adolescentes indican que éste es complejo y no fácilmente deducible a partir de los estudios en adultos, ni a través de las características sociodemográficas de la población (Pescosolido, 2007).

Para el estudio de los factores de estigma que operan en el personal del primer nivel de atención, en la Ciudad de México se realizó una investigación en el año 2009¹ para identificar la presencia de los tres elementos del estigma en los profesionales de la salud de los centros de salud. Para tal fin se elaboró el "Cuestionario para personal de salud del primer nivel de atención" basado en la traducción, adaptación y análisis de las preguntas incluidas en el estudio realizado por Davis y Smith (2005). Las viñetas que se incluyeron en este cuestionario fueron elaboradas con base en los resultados sobre las manifestaciones emocionales y de conducta que se identificaron a través de la aplicación del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico -CBTD en centros de salud de la Ciudad de México (Caraveo, et al., 2002; Caraveo, et al., 2011a; Caraveo, et al., 2013). También, se elaboraron y probaron preguntas para obtener la opinión de los profesionales de la salud respecto de diferentes aspectos psicosociales que pueden incidir en la presencia y gravedad de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

¹ Proyecto PICDS08-74: Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental de Niños y Adolescentes en Centros de Salud. Financiado por el Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal (ICyTDF).

Cuestionario para Personal de Salud del Primer Nivel de Atención

De acuerdo a los antecedentes presentados se elaboró un instrumento con el objetivo de recabar información útil y comparable con otros estudios, que permita evaluar el conocimiento, actitudes y conductas que presentan los profesionales de la salud del primer nivel de atención en la Ciudad de México con respecto a los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente que acude a los servicios de atención primaria.



La primera versión del Cuestionario para Personal de la Salud elaborado exprofeso se probó en un estudio piloto. Con base a los resultados del estudio piloto se realizaron las modificaciones pertinentes que se integraron en el cuestionario.

Descripción del Cuestionario para Personal de Salud

El cuestionario es auto-aplicable, individual o en grupo, con duración entre 20 y 30 minutos. La planeación estratégica para la aplicación queda a consideración del investigador que quiera aplicar el cuestionario. Consta de un cuadernillo de preguntas y hoja de respuestas cerradas tipo Likert en formato de marcas ópticas, lo que hace que su aplicación sea rápida y fácil de contestar (ver anexo 3). Está integrado por 62 reactivos que inquieren acerca de los tres elementos del estigma: conocimiento, actitudes y conducta hacia los problemas de salud mental en niños y adolescentes; así como 51 reactivos que miden cuatro áreas de factores psicosociales: individuales, ambientales, familiares y escolares. El conocimiento se midió a través de 20 diferentes viñetas clínicas (ver cuadro 1), que como ya se mencionó fueron elaboradas con base en una investigación previa (Caraveo-Anduaga et al., 2011a) y presentadas en el capítulo anterior.

Para replicar este estudio es importante que de acuerdo al número de cuestionarios que se vayan a aplicar se equilibren las 20 versiones de las viñetas, distribuyendo el número de "casos" y "no casos" de acuerdo al sexo y edad, y escribir la clave correspondiente que se muestra en el cuadro 1. La clave está integrada por el tipo de viñeta, si es "caso" (C) o "no caso" (NC), sexo de la viñeta: hombre (M) o mujer (F); así como el grupo de edad codificados en cinco grupos.

Cuadro 1

| DESCRIPCIÓN DE LAS VIÑETAS DEL CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD | | | |
|---|---------------------------|--|---|
| TIPO DE VIÑETA N=20 | SEXO DE LA VIÑETA | GRUPOS DE EDAD DEL NIÑO / ADOLESCENTE | CLAVE DE IDENTIFICACIÓN |
| “Casos” Con algún problema de salud mental n=10 | 5 de Hombre 5 de Mujer | 2 de 3-5 años 2 de 6-8 años 2 9-11 años 2 12-14 años 2 de 15-17 años | CM1 Y CF1 CM2 Y CF2 CM3 Y CF3 CM4 Y CF4 CM5 Y CF5 |
| “No caso” Sin problema de salud mental n=10 | 5 de Hombre 5 de Mujer | 2 de 3-5 años 2 de 6-8 años 2 de 9-11 años 2 de 12-14 años 2 de 15-17 años | NCM1 Y NCF1 NCM2 Y NCF2 NCM3 Y NCF3 NCM4 Y NCF4 NCM5 Y NCF5 |

Contenido del instrumento

Las primeras preguntas proporcionan información sobre el tipo de cuestionario aplicado y datos de identificación de la población de estudio. Permiten determinar las características de la población de estudio, formación profesional y ocupación. Estos datos se pueden modificar de acuerdo a la población de estudio. El cuestionario consta de 5 secciones:

Sección I, preguntas referentes a la información recibida sobre salud mental.

Sección II, se presenta la viñeta que describe una situación que puede presentarse en la infancia y adolescencia.

Sección III, incluye una serie de preguntas de opinión respecto a la situación relatada en la viñeta: identificación de un probable trastorno, tipo de trastorno, impresión acerca de las conductas; gravedad de la situación y opciones de ayuda.

Sección IV, tomando como referencia la viñeta en cuestión, se presentan una serie de preguntas de opinión respecto a: 1) Posibles causas y motivos, posibles soluciones y consecuencias; 2) de manera hipotética se pregunta acerca de actitudes respecto a la convivencia y 3) planteando como posibilidad que la viñeta correspondiera a una situación personal, se hace una serie de preguntas acerca de la actitud que tomaría respecto a diversas fuentes de ayuda.

Sección V, de manera independiente a la viñeta presentada, se hace una serie de preguntas de opinión respecto a la atención de problemas de salud mental en niños y adolescentes en general.

Finalmente, incluye una serie de preguntas de opinión respecto a cuatro áreas de factores psicosociales que influyen en el desarrollo: Individuales, ambientales, familiares y escolares, en relación a la presencia o aumento en la gravedad de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

Instrucciones para la aplicación del cuestionario



Para la aplicación del cuestionario es necesario que los encuestadores reciban capacitación previa para que conozcan el objetivo del estudio, el contenido del cuestionario y practiquen la aplicación. De esta manera se pueden aclarar las dudas.

Cada encuestador debe proporcionar a los entrevistados la clave de identificación de la institución para que lo anoten y marquen en la hoja de respuestas. También se le entregarán los cuestionarios que vaya a aplicar, distribuyendo equitativamente las 20 versiones de viñetas.

En el momento de la aplicación, el entrevistador deberá realizar lo siguiente:

- A. Explicar de manera breve al personal de salud los objetivos de la investigación y del cuestionario:

Este cuestionario forma parte de una investigación cuyo objetivo es identificar las necesidades para la atención de la salud mental de los niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Por lo que es importante conocer su punto de vista acerca de las situaciones que se abordan”.

La información que usted proporcione será anónima y confidencial. Siéntase en libertad de expresar sus ideas al respecto. De antemano se le agradece su cooperación.

- B. Proporcionará al personal de salud encuestado instrucciones claras y precisas para contestar el cuestionario en la hoja de marcas ópticas:

El cuestionario consta de un cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas anexa. Por favor lea detenidamente las instrucciones y las preguntas de cada sección. Verifique que su respuesta corresponda al número de pregunta asignada en el cuadernillo. Conteste de la manera más veraz.

Explicará de manera clara y breve las secciones que conforman el cuestionario.

- ❖ En la parte introductoria marcará lo que corresponda a sus datos personales.

- ❖ En la sección I se presentan preguntas referentes a la información recibida sobre salud mental.
- ❖ En la sección II se presenta una viñeta de una situación que puede presentarse en la infancia y adolescencia. En la **pregunta 8** se contesta una opción de respuesta en cada uno de los tres grupos (profesionales, familiares y otras).
- ❖ En la sección III se pregunta sobre su opinión acerca de algunos aspectos de la viñeta que se presentó en la sección II.
- ❖ En la sección IV se presentan una serie de preguntas a las que tiene que responder como si el personaje de la viñeta fuera su hijo o hija.
- ❖ Finalmente, en la sección V se presentan una serie de preguntas sobre la atención a problemas de Salud Mental en niños y adolescentes en general.

C. El entrevistador debe hacer énfasis en que los entrevistados contesten todas las preguntas y que no dejen óvalos en blanco.



Es importante indicarles a los encuestados que rellenen el óvalo del centro hacia afuera, cuidando de no llenar más de un óvalo en la misma pregunta. Así mismo, se les proporciona el material necesario, como son el cuestionario, hoja de respuesta y lápiz del número 2.

Instrucciones de verificación al momento de recibir el cuestionario contestado

- D. Cuando el encuestado entregue la hoja de respuesta es importante verificar los siguientes aspectos:
- Que entregue el cuadernillo y la hoja de respuestas.
 - Que el número de FOLIO y el TIPO DE CUESTIONARIO anotado en la hoja de respuestas corresponda y que esté rellenado de manera correcta en la hoja de respuestas.
 - Que la hoja de respuestas este totalmente contestada.
- E. Verificar que no hayan dejado preguntas sin contestar, que los datos de identificación estén debidamente contestados, que todas las respuestas estén debidamente contestadas y que no se tengan respuestas duplicadas en la misma pregunta.
- F. Verificar con especial cuidado los siguientes aspectos:
- ❖ En la sección I, pregunta 4, si contestó el inciso B, no debe de haber marcado ninguna opción de respuesta en la pregunta 5.
 - ❖ Si hay marca en la pregunta 5, no debe de haber respuesta marcada en la pregunta 6.

- ❖ Verificar que en la pregunta 8 se haya marcado una opción de respuesta en cada uno de los tres grupos (profesionales, familiares y otras)
- ❖ En la sección III, verificar que no hayan preguntas sin responder y ninguna marcada con más de una opción de respuesta.
- ❖ En la sección IV, verificar si en las preguntas 26, 27, 28, 29 y 30 se eligió la opción de respuesta C, entonces haya marcado una opción de respuesta en las 26.1, 27.1, 28.1, 29.1 y 30.1, respectivamente.
- ❖ En la pregunta 51 de la sección V, si las opciones de respuesta son A, B, C, verificar que se conteste el espacio correspondiente a “cual(es)”.
- ❖ Verificar en las preguntas 59, 60, 61 y 62, que estén contestados todos los incisos.
- ❖ Verificar que no se haya marcado más de una opción de respuesta en cada pregunta; si este fuera el caso, devolverle al encuestado el material para que lo corrija.

Componentes para el análisis e interpretación de datos

De acuerdo al análisis factorial, los reactivos que quedaron distribuidos en cada uno de los tres componentes (conocimiento, actitud y conducta) se presentan en el cuadro 2. La interpretación de cada componente es de acuerdo a la suma de los reactivos correspondientes: a mayor puntaje mayor problema de estigma, es decir: a mayor puntaje mayor desconocimiento, a mayor puntaje mayor prejuicio, a mayor puntaje mayor conducta de rechazo hacia los problemas de salud mental de los niños y adolescentes.

Para la interpretación de “caso” y “no caso”, a continuación se detalla los síndromes que corresponden a cada viñeta.

| SÍNDROMES QUE CORRESPONDEN A CADA VIÑETA DE “CASO” DEL CUÉSTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD | | |
|---|---------------------------------|--|
| TIPO DE VIÑETA N=20 | CLAVE DE IDENTIFICACIÓN | SÍNDROME |
| “Casos” (C) n=10 | VIÑETA 1 CM1 (4 a 5 años) | Probable DAH hiperactivo-impulsivo / Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad y probables ausencias. |
| | VIÑETA 2 CF1 (4 a 5 años) | Probable DAH/ Probable síndrome de Ansiedad/ Explosividad. |
| | VIÑETA 5 CF2 (6 a 8 años) | Probable DAH; Probable síndrome de ansiedad; Probable Condición depresiva moderada (1) |
| | VIÑETA 6 CM2 (6 a 8 años) | Probable DAH; Probable problema de conducta/ Explosividad / Probable problema del lenguaje / Ansiedad de separación. |
| | VIÑETA 9 CF3 (9 a 11 años) | Probable DAH/ Problema del lenguaje / Conducta explosiva con probable daño cerebral/ Descartar discapacidad intelectual. |
| | VIÑETA 10 CM3 (9 a 11 años) | Probable DAH / Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad y probables ausencias |
| | VIÑETA 13 CF4 (12 a 14 años) | Probable Condición depresiva moderada (2)/ Explosividad como rasgo exacerbado de conducta |
| | VIÑETA 14 CH4 (12 a 14 años) | Probable DAH/ probable Condición depresiva moderada |
| | VIÑETA 17 CM5 (15a 17 años) | Probable DAH / Conducta explosiva con probable daño cerebral/ Condición depresiva moderada |
| | VIÑETA 18 CH5 (15a 17 años) | Probable Condición depresiva/ Problema de conducta |

**SÍNDROMES QUE CORRESPONDEN A CADA VIÑETA DE "NO CASO"
DEL CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD**

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| No Casos (NC) n=10 | VIÑETA 3 NCF1 (4 a 5 años) | Rasgos de ansiedad y atención disminuida |
| | VIÑETA 4 NCM1 (4 a 5 años) | Con rasgos de ansiedad de separación y cierta conducta oposicionista |
| | VIÑETA 7 NCM2 (6 a 8 años) | Subclínico |
| | VIÑETA 8 NCF2 (6 a 8 años) | Subclínico |
| | VIÑETA 11 NCF3 (9 a 11 años) | Subclínico |
| | VIÑETA 12 NCM3 (9 a 11 años) | Subclínico |
| | VIÑETA 15 NCM4 (12 a 14 años) | Subclínico con probable inatención |
| | VIÑETA 16 NCF4 (12 a 14 años) | Subclínico, reacción de ajuste |
| | VIÑETA 19 NCF5 (15a 17 años) | Subclínico, reacción de ajuste |
| | VIÑETA 20 NCM5 (15a 17 años) | Subclínico, ansiedad |

Cuadro 2

| Componentes | | Reactivos con viñetas de Caso | Reactivos con viñeta de No Caso | Recodificación para interpretación: A mayor puntaje mayor... |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Desconocimiento | | 1,2,3, 4, 5, 6 | 1,2,3, 4, 5, 6 | No se recodificaron |
| Actitud negativa Dividida en seis componentes | Consecuencias violentas | 7,19,20 | 7,19,20 | Nada a muy, con valores de 0 a 4 |
| | Causas biológicas | 10, 12, 21 | 10, 12, 21 | No se recodificaron |
| | Actitud hacia el suministro y los efectos de los Psicofármacos | 39,40, 41, 43, 44, 46, 47, 48 | 39,40, 41, 43, 44, 46, 47, 48 | Totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con valores de 0 a 4 |
| | Causas que originan los problemas de Salud Mental | 11, 13, 14, 15 | 11, 13, 14, 15 | De nada a mucho, con valores de 0 a 4 |
| | Percepción sobre el tratamiento | 35, 36, 37, 38 | 35, 36, 37, 38 | Totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con valores de 0 a 4 |
| | Causas individuales | 9,16, 17, 18 | 9,16, 17, 18 | Nada a mucho (muy), con valores de 0 a 4. Reactivos 18 no se recodificó |
| Conducta de rechazo | | 22,23,24, 25, 49 | 22,23,24,25,4 9 | No se recodificaron |

Referencias Bibliográficas

- Afana, A. H. Dalgard, O.S., Bjertness, E., & Grunfeld, B. (2002). Ability of General practitioners to detect mental disorders among primary care patients in a stressful environment. *Gaza Strip. J Pub Health Medicine*, 24 (4), 326-331.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10 supplement), 122S-139S.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & Child Welfare League of America (AACAP/CWLA). (2003). Policy Statement on Mental Health and Use of Alcohol and Other Drugs, Screening and Assessment of Children in Foster Care. Recuperada de http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/aacap/cwla_policy_statement_on_mental_health_and_use_of_alcohol_and_other_drugs_screening_and_assessment_of_children_in_foster_care
- Audit Commission. (1999). *Children in Mind: Child and Adolescent Mental Health Services*. Portsmouth: Audit Commission.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *J. Child Psychol Psychiatr*, 50(4), 386-395.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud, última reforma. Diario Oficial de la Federación 24-04-2013: 1-24. México.
- Caraveo, J., & Mas, C.C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5), 523-531.
- Caraveo, A.J., Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R., Rascón, M.L., Gómez, M., & Villatoro, J. (1993). Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría*, 9,137-151.
- Caraveo, J., Colmenares, E., & Martínez. N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Caraveo-Anduaga, J., Nicolini, S.H. Villa, R.A., & Wagner, E.F. (2005). Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 47(1), 20-26.
- Caraveo-Anduaga, J. (2006). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes, CBTD: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.

- Caraveo-Anduaga, J. (2007a). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(1), 48-55.
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2007b). Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental*, 30, 42-49.
- Caraveo-Anduaga, J., López, J.L., Soriano, A., López, H.J.C, Contreras, G.A., & Reyes, M.A. (2011a). Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 590-600.
- Caraveo-Anduaga J. y Soriano A. (2011b). Prevalencia de síndromes en niños y adolescentes de un centro de salud: ¿Qué nos ha pasado? En: Escamilla, C.M. (Ed.), *I Curso Internacional "Horizontes de la salud mental en la segunda década del siglo XXI"; 2011 Mayo 24-2011 Mayo 27*. México, DF: Secretaría del Salud del Distrito Federal.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Soriano Rodríguez, A., & Erazo Pérez, J. (2013). Anxiety Syndromes and their correlates in children and adolescents: A two-year- follow-up study at primary health care in Mexico City. In: F. Durbano (Ed.), *New Insights into Anxiety Disorders*, pp.233-258, Croatia: InTech, ISBN 978-953-51-1053-8.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1350-62.
- Costello, J., Copeland, W., Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.
- Cumba-Avilés, E, Bauermeister, J.J, Matos, M, Salas, C.C, & Reina, G. (2002). Validez y utilidad diagnóstica de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en una muestra de niños y niñas puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 36, 311-332.
- Davis James, A., & Smith Tom, W. (2006). *General Social Surveys, 1972-2006*. 1 data file (51,020 logical records) and 1 codebook (pp. 805-825; 1178-1204; 1399-1402; 1451-1485) NORC ed. Chicago: National Opinion Research Center, producer, 2005; Storrs, CT: The Roper Center for Public Opinion Research, University of Connecticut, distributor.

- De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E., & Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica
- Epstein, R.M., & Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *J Am Med Assoc*, 287, 226-235.
- Goffman, E. (1968). *Stigma. Original American*. Edition published by Prentice-Hall Inc. 1963. Published in Pelican Books. (pp. 174). Harmonds worth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Goldberg, D.P. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London and New York: Tavistock Publications.
- González Acosta, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención hiperactividad en el salón de clases* (Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid). ISBN: 978-84-669-2914-1 Recuperada de <http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/tesis/fsl/ucm-t%2029215.pdf>
- Hill, P. (2005). Mental health promotion, prevention, and early intervention in childhood and adolescence. In: Williams R & Kerfoot M (ed.) *Child and adolescent mental health services. Strategy, planning, delivery, and evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A, et al. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166, 182-186.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty. M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.
- Mental Health Foundation (MHF). Salud Mental. Recuperado de: www.mhf.org.uk en enero de 2006
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Pescosolido, B.A. (2007). Culture, children, and mental health treatment: Special section on the National Stigma Study-Children. *Psychiatric Services*, 58 (5), 611- 612.
- Phelan, J & Link, B. (2005). The labeling of Mental Disorder (I): The role of Social Contingencies in the Application of Psychiatric Labels. En Horwitz, A., & Scheid, T. *A handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press.
- Rico, H., Magis, C., Guerrero, M.G., Gómez, M., Ruiz, C.T., Vargas, O., & Silva, J. (1998). La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental*, 21(4), 12-18.

- Rush, L.L. (1998). Affective reactions to multiple social stigmas. *Journal of Social Psychology*, 138, 421-430.
- Sroufe, L.A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Swick, S., Hall, S., & Beresin, V.E. (2006). Assessing the ACGME Competencies in Psychiatry Training Programs, *Academic Psychiatry*, 30 (4): 330-51.
- The World Health Organization (WHO) (2006). *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva: WHO.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., et al. (2005): Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 629-640.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Summary report: Prevention of mental disorders-effective interventions and policy options*. Geneva: WHO.
- Zwaanswijk, M. (2005). Family consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Practice*, 22, 498-506.

TERCERA PARTE

Guía para orientar el manejo parental de la conducta de niños y adolescentes en la práctica clínica

**Alejandra Soriano Rodríguez
Fabiola Jael García Anguiano
Jorge Javier Caraveo Anduaga**

ANTECEDENTES

La presente Guía surgió como respuesta a necesidades identificadas en una línea de investigación en Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en Niños y Adolescentes, iniciada en el año 2004 por el Dr. Jorge Caraveo – co-autor del presente documento –, cuyo objetivo ha sido el estudio del proceso salud-enfermedad mental en niños y adolescentes, así como de las variables que intervienen significativamente en el mismo (Caraveo, Nicolini, Villa, & Wagner, 2005). A partir de lo observado en dicho estudio, lo reportado en la literatura científica y lo apreciado en la experiencia terapéutica, surgió la necesidad de brindar orientación tanto a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos del primer nivel de atención, como a los padres de familia y cuidadores, respecto del manejo parental de conductas que frecuentemente se presentan asociadas con problemas de salud mental en los niños y adolescentes.

Por otro lado, las autoras Alejandra Soriano y Fabiola García fueron capacitadas como terapeutas en el manejo parental bajo un enfoque conductual y de su práctica de entrenamiento detectaron la necesidad de un documento que sirviera tanto a padres y cuidadores, como a los profesionales de la salud del primer nivel de atención en el consejo breve parental para el uso de diversas estrategias, herramientas y técnicas de modificación de conducta que han sido utilizadas por varias décadas en diversos programas de entrenamiento a padres para el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Esta *Guía para orientar el manejo parental de la conducta de niños y adolescentes en la práctica clínica*, fue elaborada como una acción de “baja intensidad” en un Sistema de Atención Escalonada a la Salud Mental en los servicios médicos del primer nivel de atención. Una acción de “baja intensidad” se refiere a brindar ayuda a través de consejos breves, pláticas de educación a la población, folletos, libros de auto-ayuda o en plataformas computarizadas. Así, el propósito es que los profesionales de la salud puedan brindar orientación basada en consejería breve a los padres² o cuidadores de los menores respecto a la importancia de la calidad de la interacción social en el ambiente del hogar.

Sin embargo, su uso no es exclusivo de dichos profesionales, puesto que la presente guía puede estar disponible para los padres o cuidadores que deseen conocer las técnicas aquí reseñadas.

² El término “padre”, es alusivo a hombres y mujeres que ejercen su parentalidad.

Las estrategias, herramientas y técnicas reseñadas en la presente Guía se remontan a los años 1960, cuando surgen los programas de entrenamiento a padres. Las investigaciones de dos pioneros contemporáneos, la Dra. Constance Hanf y el Dr. Gerald Patterson, permitieron el desarrollo de diversos programas de entrenamiento a padres que han mostrado resultados altamente efectivos. Algunos de los colaboradores y seguidores de la Dra. Hanf son: Dr. Rex L. Forehand y Robert J. MacMahon; Dr. Russell Barkley, Dra. Sheila Eyberg; Dra. Carolyn Webster-Stratton (McMahon & Forehand, 2003). Mientras que entre los colaboradores del Dr. Patterson encontramos a: Dra. Marion Forgatch, Dra. Laura Rains, Dra. Melanie Domenech-Rodríguez, Dra. Margrét Sigmarsdóttir, entre otros.

Los diferentes programas comparten elementos tanto en su sustento teórico, como en el de intervención, tales como: refuerzo positivo en forma de elogios y programas de puntos para la conducta pro-social; disciplina efectiva basada en el retiro de consecuencias positivas o presencia de consecuencias basadas en el esfuerzo, negociación y comunicación positiva, así como involucramiento parental positivo, monitoreo y manejo de emociones.

Introducción

La vigilancia de la salud mental en la población infantil y adolescente requiere de prestar atención a aspectos que influyen en su desarrollo. Por ejemplo, la alimentación que influye en el crecimiento y desarrollo de la salud física.

Un aspecto primordial en el desarrollo de la salud mental lo constituye el patrón interactivo de conductas que se van estableciendo en las relaciones con los demás. En primer término, con los padres, cuidadores o figuras de autoridad y afecto en el hogar; luego, con los hermanos y otros pares; y finalmente, con las figuras de autoridad y respeto en el medio escolar y social.

Los patrones conductuales pueden resultar ser tanto adaptativos como desadaptativos y, más importante aún, juegan un papel determinante en el logro de competencias, es decir en la capacidad de cumplir con los roles sociales, tanto los que le son asignados como aquellos a los que aspira.

Para la evaluación y vigilancia de la salud mental en la población infantil y adolescente es preciso remitirse a la conducta observada. El término síntoma en la psiquiatría infantil se refiere a conductas que llaman la atención del observador. Cuando algunos rasgos, signos o conductas, es decir síntomas, son especialmente llamativos y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de síndromes (Lewis, 1979).

Los niños o adolescentes que manifiestan algún trastorno de conducta o que enfrentan adversidades importantes en su vida diaria, requieren vigilancia y atención inmediata, ya que la presencia de la mayoría de los síndromes descritos en la Guía para identificar problemas de salud mental en niños y adolescentes utilizando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) y cuyos síntomas cardinales se refieren a la falta de atención, hiperactividad; impulsividad, ansiedad, desánimo, tristeza, irritabilidad y conducta explosiva, muestran consecuencias que se reflejan en problemas de: bajo rendimiento académico y conducta inadecuada en la escuela; relaciones problemáticas con sus compañeros y hermanos; falta de obediencia ante las órdenes de los adultos y relación problemática con sus padres.

Los problemas antes mencionados, son extremadamente importantes ya que predicen, en mayor o menor medida, cómo se desempeñarán a largo plazo los niños y adolescentes en etapas posteriores de su vida y su grado de vulnerabilidad para presentar diversos trastornos de la salud mental (Costello, Copeland, & Angold, 2011; Robles, 2009).

Independientemente del tipo de problema o trastorno, la reducción del impacto del riesgo, la reducción de las reacciones negativas en cadena, la promoción de la auto-estima y auto-eficacia y la apertura de oportunidades, son tareas que como profesionales de la salud es menester promover en favor de la salud mental de los niños y adolescentes de la población atendida (Rutter, 1990).

Dichas tareas requieren de la participación activa de los padres y cuidadores ya que en el ámbito del hogar, en la familia, es el espacio donde se establecen los patrones básicos de interacción afectiva y social, disciplina y valores (Hannan y Luster, 1991; Levitt, 1991; Caraveo-Anduaga, 2010). Por lo tanto, la promoción de los aspectos antes mencionados corresponden a una acción tanto en pro de la educación a la población en general respecto al cuidado del desarrollo de los hijos(as), como a una acción terapéutica de instrucción a los padres ahí en donde se han empezado a detectar problemas de salud mental en los infantes y adolescentes.

En el estudio piloto de la Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en la infancia y adolescencia, se estudió una cohorte de niños y adolescentes atendidos en la consulta médica general de un Centro de Salud de primer nivel, respecto a los cuales además de la evaluación clínica realizada con el CBTD, se investigaron las prácticas parentales como un elemento necesario en la vigilancia (Caraveo-Anduaga & Soriano-Rodríguez, 2011; Caraveo-Anduaga, Soriano-Rodríguez & Erazo-Pérez, 2013a). Para identificar los estilos predominantes de crianza se utilizó el Inventario de Prácticas de Crianza de Bauermeister (Bauermeister, Salas & Matos, 1995) cuyas preguntas se agrupan en dos sub-escalas: crianza positiva y crianza negativa. Para el análisis, la población estudiada se conformó en tres grupos clínicos según el número de síntomas en el CBTD: Grupo no casos de 0 a 4 síntomas (n=299), Grupo de casos no complicados: 5 a 8 síntomas (n=155) y Grupo de casos complicados: 9 síntomas o más (n=89).

Respecto a los estilos de crianza positiva, se observó en los tres grupos que es necesario impulsar la convivencia, amabilidad, elogio e involucramiento con los intereses del hijo(a), especialmente respecto a aquellos menores que presentan problemas no complicados, y tanto en éstos como para los casos más graves es necesario impulsar el involucramiento de los hijos(as) en las tareas del hogar y el acuerdo entre los cuidadores.

En la sub-escala de prácticas de crianza negativa (coercitiva) la puntuación alcanzada entre los tres grupos clínicos fue muy notoria, evidenciándose que la predominancia de prácticas inadecuadas recae en: una disciplina inconsistente,

la falta de límites, el enganche, las amenazas, los insultos, las instrucciones inadecuadas, la comunicación negativa, la falta de convivencia y la violencia.

El abordaje terapéutico de los síndromes que sugieren problemas de la salud mental en niños y adolescentes a menudo requiere de intervenciones médicas, educativas y conductuales. Este método integral de tratamiento se denomina "multimodal", e implica la instrucción a los padres³ y al niño o adolescente con relación al diagnóstico y tratamiento, por ejemplo técnicas de manejo de la conducta, medicamentos y apoyo escolar. El tipo de problema y la gravedad del mismo, pueden involucrar factores para decidir qué estrategias son necesarias; considerando que las cualidades de la familia influyen en el desarrollo de los hijos(as), el tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada niño⁴ o adolescente⁵ y su familia.

Los tratamientos psicosociales han mostrado ser efectivos para desarrollar habilidades que les ayuda tanto a los padres o cuidadores como a los menores a superar deficiencias crónicas asociadas con los problemas de salud mental. Por lo tanto, la promoción de la interacción social positiva a nivel familiar, es una acción tanto preventiva cuando aún no hay problemas, como terapéutica de primera línea que debe iniciarse tan pronto se tenga un diagnóstico o evaluación de la existencia de problemas en la salud mental de los menores.

En la adaptación y desarrollo de competencias de los niños y jóvenes se encuentra involucrado el contexto provisto por los padres, tanto la crianza positiva como la coercitiva, así como los antecedentes contextuales que pueden afectarle. Por ejemplo: transición, factores socioeconómicos, estrés, cultura, factores genéticos, adaptación parental, adaptación marital, estructura familiar, apoyo social, vecindario, temperamento, etc. (Forgatch, Bullock, & Patterson, 2004).

La crianza efectiva en el hogar basada en la teoría de interacción social positiva es un compendio de técnicas adecuadas para el manejo de problemas de conducta que se manifiestan asociados a los síndromes exteriorizados e interiorizados; éstas técnicas pueden ser fácilmente aplicadas por los padres o cuidadores, toda vez que tengan una práctica constante en este tipo de

³ El término “padre” es alusivo a hombres y mujeres que ejercen su parentalidad.

⁴ El término “niño” comprende a individuos de ambos sexos que se encuentra entre 2 y 12 años.

⁵ El término “adolescente” comprende a individuos de ambos sexos que se encuentran entre 13 y 15 años

habilidades parentales (Forgatch et al, 2004).

La presente Guía proporciona herramientas, estrategias y técnicas amplia y tradicionalmente utilizadas en el manejo parental de problemas de conducta que se manifiestan asociados a Problemas de Salud Mental en niños y adolescentes.

Objetivos de la Guía

- Contribuir al fortalecimiento de la atención primaria oportuna de problemas de Salud Mental en niños y adolescentes.
- Proporcionar a los profesionales de la salud pautas para orientar a los padres o cuidadores sobre prácticas parentales efectivas esenciales que contribuyan a mejorar el ajuste del niño o adolescente.
- Proporcionar a los padres consejería breve sobre algunas estrategias que han probado ser efectivas en el manejo de las conductas de niños y adolescentes.

Definición de Interacción Social Positiva

La Dimensión de Interacción Social Positiva (ISP) que da sustento al presente documento parte de la Teoría del Aprendizaje de la Interacción Social (TAIS), la cual a su vez se conforma al integrar tres perspectivas teóricas: Interacción social, aprendizaje social y la dimensión conductual (Forgatch & Patterson, 2010).

La perspectiva de la interacción social examina la interacción microsocial entre el niño o el adolescente en cuestión, tanto con los miembros de la familia, como con el grupo de pares significativos (hermanos, compañeros de juego, etc.) que se convierten en patrones de comportamiento que a su vez conducen a un ajuste psicosocial bien sea funcional (saludable) o disfuncional (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Por su parte, el aprendizaje social y las dimensiones de comportamiento abordan el cómo se han establecido dichos patrones de comportamiento a través de las contingencias de reforzamiento (Forgatch, et al., 2004).

La TAIS aplicada al entendimiento del desarrollo de conductas infantiles antisociales señala que los niños y adolescentes pueden presentar comportamientos antisociales encubiertos como un medio para evitar prácticas excesivas de dura disciplina por parte de los padres. Estos comportamientos pueden ser aún más reforzados por la interacción social positiva de los compañeros y hermanos. Por otro lado, la TAIS propone un segundo fenómeno para el desarrollo de conductas antisociales, el cual se relaciona con la presencia de reforzamiento negativo parental ante conductas infantiles exteriorizadas; tales como, berrinches, desobediencia excesiva, conductas violentas, etc. De la co-ocurrencia de las conductas antisociales de los compañeros y del reforzamiento negativo parental pueden emergir conductas antisociales y delincuencia en la adolescencia o pre adolescencia, que de forma grave podrían perdurar durante la adultez (Forgatch & Patterson, 2010).

También la TAIS reconoce que existen otros contextos adversos del entorno social que intervienen indirectamente en el desarrollo de comportamientos antisociales, como son los contextos desafiantes en las circunstancias familiares (pobreza, transición de la estructura familiar y exceso de estrés); en las condiciones ambientales (barrios de alta criminalidad, sucesos traumáticos y discriminación) y los factores individuales (temperamento, salud física y mental, recursos personales, etc.) (Forgatch & Patterson, 2010).

En suma, la TAIS ha demostrado, por medio del análisis de impacto, que los factores contextuales sólo influyen en el ajuste psicosocial de los jóvenes a

través de la influencia que ejercen sobre las prácticas de crianza (Forgatch, et al., 2004).

El planteamiento básico de dimensión de la Interacción Social Positiva (ISP), propone que el ajuste psicosocial saludable del niño y del adolescente está mediado primordialmente por las prácticas parentales efectivas (Domenech-Rodríguez, Baumann, & Schwartz, 2011).

En las secciones subsecuentes de la presente Guía, se plasman diversas técnicas originadas en el ámbito de la modificación conductual y que han incorporado diversos componentes que se centran en las teorías de las relaciones interpersonales. Como ya se había mencionado en secciones pasadas, dichas técnicas hicieron su primera aparición por 1960, con la Dra. Constance Hanf y el Dr. Gerald Patterson. Cabe destacar que el presente documento sólo proporciona un breve panorama de las técnicas que la literatura reporta con mayor uso y eficacia en el entrenamiento a padres y en ningún momento las presenta como suyas. La TAIS en términos generales propone enseñar a los cuidadores a incrementar las prácticas de crianza efectivas, favoreciendo el decremento de prácticas deficientes, como las coercitivas (Forgatch & Patterson, 2010; Robles, 2009).

Práctica de Crianza Efectiva

La meta de la crianza efectiva basada en la Interacción Social Positiva - ISP es fortalecer a los padres en el uso de estrategias parentales efectivas y reducir las prácticas de crianza coercitivas (Ogden & Hagen, 2008). Éstas prácticas se caracterizan por reciprocidad negativa, escalamiento y reforzamiento negativo.

La coerción ocurre cuando una persona utiliza comportamiento aversivo para el control del comportamiento de otro (por ejemplo, en el caso de las prácticas de crianza, ante berrinches infantiles, si el cuidador responde con castigos duros – verbales, físicos o psicológicos -- e incluso con el despliegue de jaloneos, generará conflictos o peleas, esto significa reciprocidad negativa y reforzamiento negativo que puede llevar a la violencia (Forgatch et al., 2004).

La crianza efectiva identifica cinco estrategias de prácticas parentales como mecanismos esenciales del buen ajuste de interacción social del niño y adolescente (Forgatch & Patterson, 2010):

1. Enseñando a través del estímulo (desarrollo y consolidación de habilidades).
2. Establecimiento de límites (disciplina).
3. Solución de problemas.
4. Supervisión (monitoreo).
5. Involucramiento positivo.

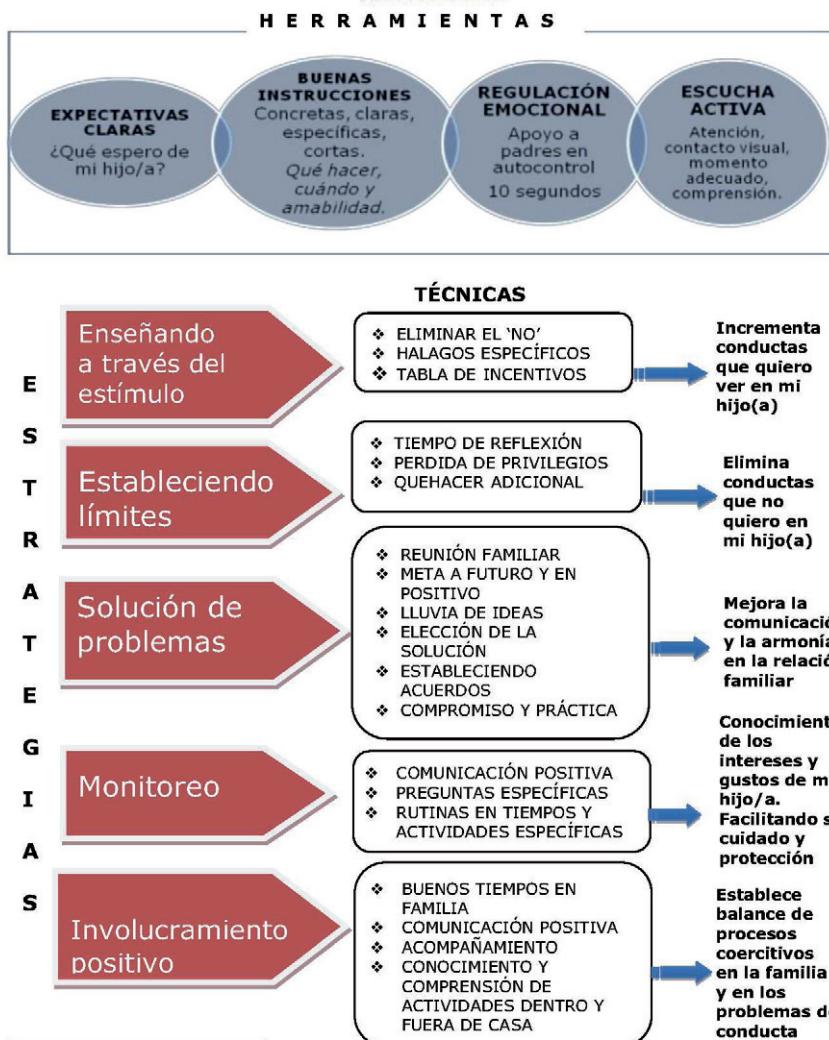
Estas estrategias tienen relación directa para tratar y prevenir problemas exteriorizados de conducta y otros problemas relacionados en niños y adolescentes. Por ello es importante utilizarlos en forma balanceada y consistente para detener los procesos coercitivos en la familia y la escalada de los problemas de conducta (Forgatch, et. al, 2004). Así mismo, ayuda a prevenir la presencia de conducta antisocial, uso de drogas y delincuencia en la etapa adolescente (Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009).

Tal como ya se ha establecido, están relacionadas con el buen ajuste psicosocial del niño y adolescente; lo que produce la disminución de problemas de comportamiento que comúnmente se presentan asociados a problemas de salud mental y a su vez beneficia a las prácticas de crianza y la relación en el sentido de que mejora las habilidades parentales, incluso reduce los estados emocionales displacenteros de los padres y de los cuidadores (Bullock & Forgatch, 2003).

Las reglas y límites bien establecidos y aplicados con consistencia por los padres y cuidadores, principalmente el tiempo que el hijo(a) pasa con su grupo de pares, el tipo de lugares que frecuenta y en los casos necesarios la inclusión de supervisión de un adulto responsable (que no necesariamente se refiere a los cuidadores primarios), ayudan a los niños y adolescentes a aprender habilidades para la vida diaria pues establecen un entorno seguro (Forgatch & Patterson, 2010; Forgatch, Patterson, DeGarmo, & Beldavs, 2009).

A continuación se presenta un esquema que visualiza la crianza positiva en el manejo de la conducta del Niño y adolescente (ver Figura 1) y en la sección 4 se explican las herramientas y técnicas para lograr las cinco estrategias mencionadas. Esta explicación está plenamente apoyada en trabajos de autores pioneros y seguidores de programas de entrenamiento a padres. Se invita a los lectores interesados en profundizar en el conocimiento de dichas herramientas y técnicas a consultar la bibliografía referenciada en el presente documento.

Figura 1. Crianza Efectiva en el Manejo de la Conducta del Niño y Adolescentes⁶



⁶ Basado en la Teoría de Interacción Social Positiva (Forgatch & Patterson, 2010).

Implicaciones y estrategias específicas de la crianza efectiva de los padres

Como se mencionó en la sección introductoria de esta guía, el propósito es proporcionar a los profesionales de la salud pautas para orientar a los padres o cuidadores sobre prácticas de crianza parentales positivas esenciales que contribuyan a mejorar el comportamiento de los hijos(as) menores o adolescentes mediante estrategias que han probado ser efectivas en el manejo de las conductas de niños y adolescentes. Esta Guía también aspira a ser un documento de recomendaciones específicas que los padres o cuidadores puedan consultar.

La primera recomendación para el parente es que comprenda por qué los hijos(as) se comportan como lo hacen. Para ello los padres o cuidadores deben identificar el comportamiento problema, el contexto en el que se presenta, definir el comportamiento problema, Identificar las situaciones (el contexto) en el que la conducta problemática se da y definir las consecuencias que el comportamiento provoca en el ambiente familiar y social del niño o adolescente.

Identificar la conducta problema significa describir exactamente el comportamiento problema. Es importante tener claro a qué conducta se refiere, poder describirla exactamente sin etiquetas. Esto le permite saber exactamente qué está ocurriendo y le orienta hacia la forma de corregir a su hijo(a), así mismo le enseña a su hijo(a) cómo comportarse. Por ejemplo, en lugar de utilizar etiquetas como "No obedece", "se porta mal" "es latoso" es recomendable describir en términos conductuales lo que los padres o cuidadores observan, en qué situaciones ocurre la conducta indeseable (por ejemplo, cuando vamos a comer en un restaurante de comida rápida mi hijo(a) se levanta de la mesa sin haber terminado la comida, se quita los zapatos y corre por todo el establecimiento).

El contexto se refiere al ambiente y situación en que ocurre la conducta problema, es una guía o señal. Los niños y adolescentes poseen una gran capacidad para identificar los contextos en diferentes ambientes. Por ejemplo, cuándo pueden conseguir recompensas más fácilmente o cuándo pueden pasar desapercibidas ciertas conductas; por ejemplo, un hijo(a) puede identificar el momento preciso para solicitar a su parente algún permiso o privilegio, sabiendo cuál es el estado de ánimo ideal para obtener de forma más sencilla una respuesta favorable a su solicitud.

Las consecuencias permiten comprender por qué se repiten los problemas de conducta. Existen dos tipos de consecuencias:

- 1) las consecuencias agradables o ganancias que se obtienen después de la conducta y logran que se repita en el futuro, estas consecuencias por lo general son halagos, estímulos afectivos o monetarios, etc.
- 2) Las consecuencias negativas o pérdidas también ocurren después de la conducta, pero logran que ésta no deje de ocurrir o no se repita en el futuro. Por lo general son gritos, desaprobación, reforzamiento negativo, castigo corporal o ganancias que no están funcionando.

Se recomienda a los padres, escribir los datos observados respecto a la conducta problemática en una tabla como la que se presenta abajo. Esto les permitirá describir dicha conducta particular que está presentando su hijo(a); debe identificar los aspectos importantes de cada comportamiento o situación problemática que se han mencionado.

| Hora y fecha | Conducta problema | Contexto | Consecuencias | Personas presentes |
|--------------|-------------------|----------|---------------|--------------------|
| | | | | |

Una vez que el padre o cuidador puede describir la problemática de comportamiento de sus hijos(as), podrá identificar claramente qué es lo que debe corregir y para ello cuenta con los diversos elementos que integran la crianza efectiva que generan cambios positivos tanto en el ambiente familiar, como en el ambiente social del niño o adolescente (Ver Figura 1).

Comenzaremos estableciendo que dichos elementos en la presente Guía han sido conceptualizados en dos grandes rubros 1) Las **herramientas básicas** que son expectativas claras, buenas instrucciones, regulación emocional y escucha activa; 2) las **estrategias** por medio de enseñanza a través del estímulo, establecimiento de límites, aplicar la solución de problemas, monitoreo del bienestar e involucrarse positivamente en las diversas áreas de la vida de los hijos(as). Cabe destacar que en cada una de las estrategias se aplican diversas **técnicas** detalladas en la figura 1. Todos estos elementos se explican y ejemplifican a continuación para que el profesional de la salud pueda orientar y transmitirlo a los padres y que a su vez, los padres puedan documentarse por cuenta propia.

Se recomienda a los padres mantener el ánimo y constancia, ya que cuando se intenta cambiar una conducta, lo más probable es que al principio se presente con más frecuencia o siga igual; sus hijos(as) necesitan tiempo para adaptarse al nuevo contexto familiar. Es de vital importancia establecer límites a la conducta inadecuada, al mismo tiempo que se le enseñan nuevas formas de comportamiento.

1. Herramientas básicas

Las **expectativas claras** son la base del éxito en el cambio conductual infantil: *¿qué espero ver en mi hijo(a)?* Identificar objetivos realistas y observables al respecto de las conductas que los padres quieren ver, incrementar o disminuir en los hijos(as) favorece los cambios de conducta, es decir, los padres deben decidir cuál es el comportamiento específico que quieren modificar en su hijo(a) (Sosa, et al., 2007; Wyckoff & Unell, 2007). Además, permite que los padres clarifiquen que el cambio de conducta infantil se vincula con el cambio en su propia forma de crianza: *¿qué cosas quiero hacer más o qué cosas quiero hacer menos como padre?* El desarrollo de expectativas claras ayuda a que los padres identifiquen y jerarquicen, de mayor a menor importancia, las conductas a modificar (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil, 2010).

Se recomienda al parent que se enfoque en lo que sí quiere de sus hijos(as), en vez de lo que no quiere; ya que es más sencillo que una conducta se incremente por medio del estímulo, que extinguir una conducta indeseable.

Las **buenas instrucciones** se caracterizan por ser concretas, claras, específicas, cortas. Le indican a quién las recibe qué queremos que haga, cómo y cuándo hacerlo. Las buenas instrucciones requieren de algunos elementos de apoyo, como: establecer contacto visual, decirlo de forma amable y respetuosa, por ejemplo: Hijo(a) coloca tus juguetes en su lugar ahora, por favor [mirándole a los ojos, tocando suavemente su hombro y utilizando un tono de voz suave pero firme]. Se utilizan afirmaciones positivas con actitudes positivas para aumentar la posibilidad de que los hijos(as) obedezcan, no utilizar comandos o modos interrogativos, como, ¿puedes...?

Se recomienda a los padres que consideren la etapa de desarrollo de su hijo(a), es decir, de acuerdo a la edad de su hijo(a) podrán pedirles en la misma instrucción realizar más de una acción; por ello es aconsejable dar una orden sencilla (una acción por instrucción: "ve a lavarte las manos" [cuando haya terminado la acción se da la siguiente instrucción] "ve a sentarte a la mesa"); según la edad de sus hijos(as) se incrementa el número de instrucciones – hasta llegar a un máximo de tres en una misma orden- por ejemplo: "ve al baño,

lávate las manos y siéntate en la mesa para comer” (Barkley & Benton, 2000; Bullock & Forgatch, 2003; Hernández, et al., 2010; Forgatch & Patterson, 2010; Morales-Chaine, Vázquez-Pineda, & Martínez-Ruiz, 2007; Wyckoff & Unell, 2007).

La **regulación emocional** implica auto-control de las emociones y ayuda a no engancharse en las situaciones de desobediencia infantil o con las actitudes desafiantes o negativas de los hijos(as), de manera que afecten el empleo de estrategias de disciplina efectiva al provocar conflictos, ofensas o enfrentamientos negativos (Robles, 2009). El autocontrol es un apoyo de los padres para evitar el enganche y la confrontación, afrontando de un modo no agresivo los problemas de conducta de los hijos(as). Cuando los padres experimentan enojo, ansiedad, preocupación o alguna otra emoción displacentera, que interactúa a su vez con las emociones displacenteras de los hijos(as), puede dar lugar a enfrentamientos o discusiones interminables, manteniendo los círculos de coerción (Robles, 2009).

Weisinger (1988, véase Robles 2009) recomienda identificar señales conductuales, fisiológicas y cognitivas de las emociones displacenteras (enojo, desesperación, etc.); al detectar dichas emociones, hay que remplazar los pensamientos asociados por otros que las disminuyan. Esto permite una revaluación de la situación; es decir, enfocar la atención en contar calmadamente y en silencio de 1 hasta 10. Los padres a veces requieren de un ‘tiempo de reflexión’ para regular sus emociones (Weisinger, 1988, véase Robles 2009; Wyckoff & Unell, 2007).

La **escucha activa** implica atención, contacto visual, mensajes corporales, comprensión, regulación de emociones de los padres o cuidadores, a fin de establecer un clima apropiado para la libre expresión de los hijos(as) respecto a sus ideas y sentimientos. Se recomienda a los padres o cuidadores, crear a diario ambientes cálidos que favorezcan el intercambio de ideas entre el padre e hijo(a), experiencias, inquietudes, etc.; para lo cual los padres o cuidadores deben encontrar el momento adecuado para platicar, preguntar e incluso, dar instrucciones específicas (por ejemplo, cuando su hijo(a) no esté ocupado(a) o bien que pueda dejar de hacer lo que está haciendo) (Barkley & Benton, 2000; Lyford-Pike, Ciompi & Soler, 2007; Sosa, et al., 2007).

Se invita a los padres y cuidadores que aprendan y practiquen continuamente las herramientas de expectativas claras, buenas instrucciones, regulación emocional y escucha activa en las siguientes estrategias.

2. Estrategias y técnicas

A continuación se explican las estrategias y técnicas para: 1) incrementar conductas que quiere ver en su hijo(a), 2) que ayudan a eliminar conductas que no quiere ver en su hijo(a), 3) para mejorar la comunicación y la armonía en la relación familiar, 4) para conocer mejor los intereses de su hijo(a), 5) para establecer el balance en la familia y 6) para identificar problemas. Dichas estrategias y técnicas se basan en el aprendizaje y constante práctica de las herramientas previamente reseñadas.

Las estrategias son: Enseñando a través del estímulo, establecimiento de límites, solución de problemas, monitoreo e involucramiento positivo.

Enseñando a través del estímulo, esta estrategia incrementa las conductas que quiere ver más en sus hijos(as); ayuda al desarrollo y consolidación de habilidades, mediante el uso de reforzamiento positivo (Moore & Patterson, 2008). Se emplea en conductas como: mantener los juguetes en su lugar, obedecer a tiempo, obtener buenas calificaciones, hablar en voz baja, caminar lento, realizar alguna actividad o quehaceres en casa, etc., son conductas que van en relación a qué esperamos de nuestro hijo(a) y qué queremos ver en él o ella. Incluye técnicas como la eliminación del 'No' en las indicaciones, los reforzadores sociales (halagos específicos) y la tabla de incentivos (Bullock & Forgatch, 2003; Forgatch & Patterson, 2010; Hernández et al., 2010; Moore & Patterson, 2008), las cuales se explican a continuación:

- ❖ Eliminar el 'NO'. El uso y abuso del "no", es un fenómeno que se presenta a menudo en las interacciones padre-hijo(a); se recomienda limitar su uso en las instrucciones, es decir, transformar el "no" en indicaciones en positivo por ejemplo, "*habla en voz baja*" [en lugar de "*NO grites*"]; "*camina despacio*" [en lugar de "*NO corras*"]; "*quédate en casa, es tarde para que salgas a jugar*" [en lugar de "*NO puedes salir a jugar*"]; "*habla correctamente*" [en lugar de "*NO digas groserías*"]. La eliminación del "no" en las instrucciones, permitirá reorientar la conducta del niño o adolescente (Wyckoff & Unell, 2007).
- ❖ Halagos específicos. Es una forma de estimular la autoestima y autoconfianza de los hijos(as); les hace saber qué están haciendo correctamente; sin embargo, los halagos deben concentrarse en lo que el hijo(a) *hace*, y no en el hijo(a) en sí, por ejemplo: "*gracias por llevar tus juguetes a su lugar, eso es bueno*" [en lugar de "*eres un niño bueno por llevar los juguetes a su lugar*"].

- ❖ Los halagos o elogios consisten en comentarios positivos y específicos sobre la conducta deseable del hijo(a) (Wyckoff & Unell, 2007), tales como: *¡que bien, te lavaste los dientes! ¡gracias por tu esfuerzo al tender tu cama! ¡perfecto, muchas gracias por obedecerme! ¡si continúas así, mejoraras mucho! ¡muy bien hijo(a), tus juguetes quedaron bien acomodados, gracias por hacerlo inmediatamente!*
Se recomienda proporcionar los halagos específicos y expresión de gestos físicos de aprobación, por ejemplo, Lo hiciste muy bien, con abrazos, besos y “choque de manos” o “pulgar hacia arriba” (Barkley & Benton, 2000; Lyford-Pike, et al., 2007; Morales-Chaine, et al., 2007; Soutullo & Díez, 2007).
- ❖ Tabla de incentivos. Desarrolla habilidades y fomenta la auto responsabilidad infantil. Emerge de los principios del reforzamiento positivo, específicamente de la fusión del uso de programas de puntos para la conducta pro-social y del encadenamiento comportamental. Se utiliza para la ejecución de actividades complejas que requieren de varios pasos pequeños (rutinas), en una frecuencia y plazo específico, que puede ser de una semana (McNulty, 2007; Moore & Patterson, 2008) Como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Muestra de una Tabla de Incentivos⁷




¡Hijo, hoy lo hiciste bien!
 Mañana recuerda guardar la
 ropa limpia, los zapatos y los
 juguetes en su lugar

| META: Limpiar la habitación | PUNTOS POR PASO | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 3 | DÍA 4 | DÍA 5 | DÍA 6 | DÍA 7 |
|---|-----------------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| PASO 1: Colocar la ropa sucia en el cesto | 2 ☺☺ | 2 ☺☺ | 2 ☺☺ | 2 ☺☺ | 0 | 2 ☺☺ | 2 ☺☺ | 2 ☺☺ |
| PASO 2: Doblar la ropa limpia | 3 ☺☺☺ | 0 | 3 ☺☺☺ | 3 ☺☺☺ | 3 ☺☺☺ | 3 ☺☺☺ | 3 ☺☺☺ | 3 ☺☺☺ |
| PASO 3: Guardar la ropa limpia en los cajones | 2 ★★ | ★★ ★★ | 0 | 2 ★★ | 0 | 2 ★★ | 0 | 2 ★★ |
| PASO 4: Guardar los zapatos en el zapatero | 1 ☺ | 1 ☺ | 0 | 1 ☺ | 1 ☺ | 1 ☺ | 1 ☺ | 1 ☺ |
| PASO 5: Colocar los juguetes en el juguetero | 2 ★★ | 2 ★★ | 0 | 0 | 2 ★★ | 2 ★★ | 2 ★★ | 2 ★★ |
| PUNTOS POR DÍA: | 7 | 5 | 8 | 6 | 10 | 8 | 10 | |

¹ Se puede observar que el desempeño del hijo(a) tiende a ser estable; logrando acceder a la elección de una recompensa los días 1, 3, 5, 6 y 7 porque alcanzó más del 70% de los puntos. Los días 2 y 4 solamente se reconocerán el esfuerzo mediante comentarios positivos y específicos que resalten los pasos que realizó correctamente.

Ejemplos de recompensas

| | |
|---|--|
| 30 minutos extra para ver la televisión | salir juntos a andar en bicicleta por 30 minutos |
| comer un helado | ir a rentar una película |
| comer una porción pequeña de papas fritas | cocinar juntos el platillo preferido del hijo(a) |
| elegir un día la comida para el recreo | obtener un "abrazo del oso" de mamá |

El procedimiento es el siguiente:

- Descomponer los comportamientos complejos en 5 pasos pequeños y alcanzables, estimulando aproximaciones dirigidas hacia el comportamiento meta; considerando que el logro de 70% de los

⁷ Véase: McNulty, 2007; Moore & Patterson, 2008. Se recomienda consultar: www.freeprintablebehaviorcharts.com, a fin de encontrar una gran diversidad de ideas para el diseño de tablas de incentivos atractivas para los niños o adolescentes.

pasos es una aproximación buena a la ejecución correcta de la actividad (Moore & Patterson, 2008).

- Por ejemplo, la acción de tender la cama, lavar los trastes, sacudir su cuarto, limpiar juguetes; son acciones complejas, que al dividirlas en pasos pequeños pueden ser fácilmente alcanzables.
- Se asignan puntos a cada paso, tradicionalmente se asigna 2 puntos a cada paso para alcanzar un puntaje total de 10 puntos; sin embargo, a veces es necesario usar otros arreglos de puntos, es decir, a algún paso se le puede asignar 1 ó 3 puntos dependiendo de su complejidad, siempre y cuando la tabla mantenga una puntuación total de 10 puntos. Se revisa la ejecución cada vez que su hijo(a) la realiza (de preferencia diariamente). Se pueden utilizar estampitas, estrellitas o caritas felices para los puntos ganados y si en cada tarea ejecutada obtuvo por lo menos el 70% de los puntos se le otorga una recompensa o premio (Moore & Patterson, 2008). Al iniciar el proceso es importante comentarle a su hijo(a) que el puntaje mínimo para recibir la recompensa es de 70% de los puntos.

Las recompensas deben ser cosas o situaciones altamente gratificantes o agradables para el niño o adolescente, que sean diariamente costeables (no excesivamente costosas) y que puedan proporcionarse sin dificultad (Forgatch et al, 2004). En la Figura 2 puede observar un ejemplo para llevar a cabo la Tabla de incentivos.

- En el reforzamiento positivo se utilizan reforzadores sociales como halagos, caricias, etc., vinculados con las recompensas materiales (premios). Esta técnica estimula conductas apropiadas o prosociales de su hijo(a), le recuerda las expectativas del padre y le motiva para continuar comportándose de acuerdo al modelo de conducta adecuada (Wyckoff & Unell, 2007). Es importante que el estímulo nunca vaya acompañado de retroalimentación correctiva o de crítica; por ejemplo, "gracias por esforzarte, pero podrías hacerlo mejor", esto desanima a su hijo(a).

El estímulo de habilidades y conductas pro-sociales mediante el reforzamiento positivo contingente, se enseña siempre antes del establecimiento de límites.

Los padres practican el uso de reforzadores sociales que son realmente positivos y sin sarcasmo, culpa u otros elementos sutiles y no tan sutiles; por ejemplo, "Lo lograste", "choque de manos", "muy buen esfuerzo", "gracias, lo hiciste perfecto", "gracias por tu esfuerzo de hoy, sé que mañana te saldrá mejor", etc.

Cuadro 1. Recomendaciones para los padres respecto al uso de la Tabla de Incentivos

- ❖ Use la tabla de incentivos con actividades que involucre rutinas o hábitos y que puedan dividirse en pasos pequeños. Es deseable usarla con conductas que ocurren a diario, sin embargo también puede ser implementada con conductas que ocurren un mínimo de 3 días a la semana.
- ❖ Divida SÓLO en 5 pasos la conducta; si la conducta requiere más pasos observe el desempeño de su hijo(a). Cuando su hijo(a) domine consistentemente un paso a la vez, puede sustituirlo por algún paso faltante; cuando su hijo(a) domine dos pasos contiguos puede integrarlos en uno sólo a fin de añadir uno nuevo, SIEMPRE usando la tabla con SÓLO 5 pasos.
- ❖ Negocie con su hijo(a) las recompensas, previamente determine cuáles recompensas puede otorgar cada vez que su hijo(a) logre la meta. Deben elegir una cantidad suficiente de recompensas (la meta puede ser que logre de 6 a 10 puntos). Las recompensas pueden ser alimentos o golosinas, elección de ciertas actividades o alimentos, tiempo para realizar ciertas actividades, ya sea sólo o en compañía de los padres, especificar duración.
- ❖ Siempre báse en un sistema de 10 puntos, Al inicio cada paso vale 2 puntos pero si observa que alguno implica mayor dificultad o facilidad para su hijo(a), puede aumentar o disminuir el valor (como se muestra en la figura 2). Cuando observe que repetidamente su hijo(a) no realiza un paso o lo hace incompleto, asegúrese que el paso es adecuado para su edad o capacidad; en caso de que no sea así, modifique la tabla.
- ❖ Si la falta de realización del paso o su incorrecta ejecución se debe a la resistencia de su hijo(a) a cooperar, usted puede incrementar o disminuir 1 punto el valor de ese paso, siempre y cuando lo reste o aumente a otro paso, a fin de que la tabla continúe en un sistema de 10 puntos.

- ❖ De un margen de error a su hijo(a) del 30%; es decir, otorgar el premio si su hijo(a) logra el 70% del puntaje (4 o más pasos en una tabla que tradicionalmente ocupa 2 puntos por paso).
- ❖ Sea creativo al diseñar la tabla de incentivos con la que se trabajará la conducta deseada, si es posible diseñe la tabla con su hijo(a), incluya figuras, dibujos, colores que a su hijo(a) le resulten atractivos.
- ❖ Platicue de forma positiva y motivadora con su hijo(a), antes de implementar la tabla, a fin de explicarle cuál es la dinámica y llegar a un acuerdo respecto a la lista de recompensas (sea breve y use lenguaje comprensible).
- ❖ Revisen juntos la tabla cada día y al final de una semana usted podrá determinar si la tabla requiere ajustes.

Establecimiento de límites. Es una herramienta disciplinaria de enseñanza para desalentar en niños y adolescente conductas indeseables o conductas desviadas, mediante la presentación inmediata de pequeñas sanciones negativas. Los límites se establecen a través de reglas y técnicas de disciplina (Bullock & Forgatch, 2003; Morales-Chainé, Flores, Barragán-Torres; Ayala-Hernández; 1998; Sosa et al., 2007; Wyckoff & Unell, 2007).

Entre las técnicas de disciplina se encuentran, tanto el tiempo de reflexión como el retiro de consecuencias positivas (pérdida de privilegio) o consecuencias basadas en el esfuerzo (algún quehacer adicional). Ambas se utilizan en caso de que el niño o adolescente no obedezca instrucciones o presente conductas inadecuadas (Kazdin, 2000; Moore & Patterson, 2008).

Para aplicar estas y las otras técnicas que se mencionan antes, se recomienda a los padres tanto mantener un estado de ánimo neutral y tranquilo como explicar a su hijo(a) –previamente- en qué consisten y cuándo se aplicarán las técnicas de disciplina. La inconsistencia en la aplicación de reforzadores positivos o de castigos se considera como una piedra angular en una secuencia de factores que llevan a cada vez más graves problemas de conducta, conocidos como exteriorizados (Patterson, 1982). La secuencia y forma de aplicar estas técnicas se puede ver en la Figura 3 y cuadro 2.

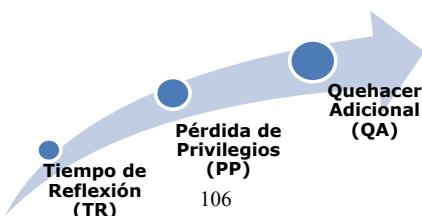


Figura 3

Técnicas de Disciplina

En esta figura se observa la secuencia de las técnicas disciplinarias, comenzando con consecuencias de menor intensidad (Tiempo de reflexión) y avanzando hacia formas más intensas (Pérdida de Privilegio y Quehacer Adicional).

(Cuadro 2) Recomendaciones para los padres respecto a las Técnicas de disciplina

TIEMPO DE REFLEXIÓN (TR): Es la técnica disciplinaria de menor consecuencia que obtiene su hijo(a) por desobedecer una instrucción que usted le dé y que puede ocasionar que su hijo(a) se altere emocionalmente. Se puede aplicar en desobediencia, peleas verbales entre hermanos, gritos o berrinches. El TR solamente es recomendable para niños menores de 13 años. Antes de aplicarlo explique a su hijo(a) en qué consiste y en qué situaciones se le aplicará esta técnica.

Consiste en elegir un espacio seguro, libre de distracciones, en el que su hijo(a) pueda sentarse y desligarse de la situación emocional; permitiendo a la vez entender que su conducta incorrecta lo llevó a la situación de aislamiento.

Se comienza con períodos de 5 minutos, "has desobedecido, ve a TR por 5 minutos"; por cada segundo que se demore el niño en ir a TR se incrementa 1 minuto de TR (en el segundo 6 "van 6 minutos", en el segundo 7 "van 7 minutos", y así sucesivamente) hasta llegar a un máximo de 10 minutos. Llegado al segundo 10, se le dice: "has desobedecido, ve a TR por 10 minutos", si su hijo(a) se niega a ir a TR, entonces se aplica la Perdida de Privilegio.

PÉRDIDA DE PRIVILEGIOS (PP): Consecuencia de intensidad moderada, que usted puede aplicar a su hijo(a) (niño o adolescente) por conductas indeseables de gravedad moderada que ocurran en su presencia (por ejemplo: golpear, mentir, destruir algo, etc.). También la PP es un apoyo cuando los niños desobedecen ir a TR.

Consiste en quitar algún objeto o actividad altamente gratificante para su hijo(a), o remover su tiempo de uso; Por ejemplo, pérdida de tiempo para usar la consola de videojuegos, pérdida de utilizar determinados juguetes, disminución de tiempo para ver el programa favorito de televisión, etc.

Retire el privilegio por un espacio limitado y moderado de tiempo (por ejemplo: "hoy no verás tu caricatura", en lugar de "no verás tu caricatura durante 1 mes").

QUEHACER ADICIONAL (QA): Esta técnica es de mayor consecuencia a obtener por conductas indeseables muy graves, que ocurran o no ocurran en presencia de los padres (por ejemplo, en la escuela me informaron que mi hijo(a) dañó intencionalmente el mobiliario; la vecina me informa que mi hija le pegó a su hija, etc.).

Consiste en seleccionar alguna actividad en casa que le resulte desagradable a su hijo(a) para que la realice. La actividad deberá ser adecuada para su edad, con una duración moderada (de 10 a 20 minutos) y segura de realizar.

Explique y enseñe a su hijo(a) -mediante 5 pasos- qué implica realizar dicha actividad, a fin de que su hijo(a) entienda que su conducta indeseable tiene una consecuencia negativa. El objetivo NO es que su hijo(a) aprenda cómo se realiza determinado quehacer. En caso de que su hijo(a) se reúse a realizarlo o si usted detecta que deliberadamente lo realiza incorrecto puede aplicar Pérdida de privilegio.

Solución de problemas (D'Zurrilla & Nezu, 2010). Esta es una estrategia que mejora la comunicación y la armonía en la relación familiar a través de poner en marcha la habilidad básica de la familia para enfrentar los conflictos, por ejemplo: solución a un conflicto entre hermanos, donde la solución efectiva estará definida en función de maximizar las consecuencias positivas y minimizar las negativas (Hernández, et al., 2010; Reynoso-Erazo & Seligson-Nisenbaum, 2005). En términos generales, la solución de problemas implica el establecimiento claro y positivo de objetivos, desarrollando estrategias para alcanzar los objetivos planteados, comprometerse de forma escrita con la decisión, probando y realizando los ajustes pertinentes.

Las técnicas para llevar a cabo ésta estrategia son:

- ❖ Convocar a una reunión familiar, debido a que es necesario un momento familiar privilegiado en el que estén presentes las personas involucradas en el problema (Lyford-Pike et al., 2007; Morales-Chainé et al., 1998). Se realiza en el momento y día acordado por los integrantes de la familia involucrados. Se nombra por votación al secretario y un moderador y se reúnen los materiales necesarios para anotar, calcular, etc. El ambiente se desarrollará en forma positiva y en armonía, en todo momento; se aconseja establecer un par de normas que permitan su correcto funcionamiento (por ejemplo, escuchar en silencio cuando alguien más hable, dar comentarios respetuosos, levantar la mano para pedir la palabra cuando quiera hablar, etc.)

- ❖ Establecer una meta o expectativa que se quiere lograr. Esta debe ser en forma positiva y específica, incluso si se deriva de alguna situación conflictiva. En lugar de '*no tenemos tiempo para convivir*', puede replantearlo en una actividad que implique convivencia, por ejemplo *salir de día de campo u organizar un evento divertido los domingos*, o bien puede ser "*uso compartido del videojuego*" para que "*los niños no peleen*" (D'Zurrilla & Nezu, 2010).
- ❖ Llevar a cabo lluvia de ideas. Esto significa que todos los participantes aportan sus ideas o puntos de vista para la solución. Puede haber ideas posibles, imposibles o muy incoherentes, pero todas son bienvenidas, el secretario de la reunión familiar las anota para posteriormente considerar las más convenientes en la toma de solución. Se recomienda creatividad (D'Zurrilla & Nezu, 2010).
- ❖ Fomentar la elección de la solución. Se analiza la posibilidad de cada una de las ideas anotadas, descartando la o las que sean imposibles o muy complicadas de llevar a cabo. Hasta elegir de común acuerdo, sin tratar de imponer, más bien analizando los pros y contras de la idea. Se elige la o las ideas que en realidad se puedan llevar a cabo (D'Zurrilla & Nezu, 2010).
- ❖ Generar un acuerdo verbal. Una vez que todos los miembros están de acuerdo en la solución, se platican los detalles. Por ejemplo, se concreta la participación de cada miembro en la solución y cómo se llevará a cabo, como se realizará el seguimiento del acuerdo y cumplimiento (D'Zurrilla & Nezu, 2010).
- ❖ Favorecer el compromiso y la práctica escribiendo el compromiso de cada miembro de la familia. Se anota en una hoja de papel el acuerdo verbal, qué realizará cada miembro de la familia o cómo se organizarán. Este documento es firmado por todos los que participaron en la reunión familiar. Es conveniente revisar periódicamente el funcionamiento o efectividad y modificar la participación de los miembros si fuera necesario (D'Zurrilla & Nezu, 2010).

Monitoreo. Esta es una estrategia que ayuda al conocimiento de los intereses y gustos de su hijo(a), facilitando su cuidado y protección. Implica la observación y seguimiento equilibrado que hacen los padres a situaciones como: las actividades de los hijos(as), los lugares que visitan, sus compañeros o amistades, su comportamiento dentro y fuera de casa, etc., (Moore & Patterson, 2008).

La importancia del monitoreo o supervisión radica en que, si los padres la realizan de forma adecuada podrán prevenir y/o corregir problemas de conducta en relación a situaciones o actividades de riesgo (Wyckoff & Unell, 2007). Monitorear implica acompañar y conocer a nuestros hijos(as), hay que evitar que se sientan perseguidos o sobreprotegidos.

Realizar un adecuado monitoreo no significa que los padres tengan que estar junto a sus hijos(as) minuto a minuto. En aquellos casos en los que los padres requieren apoyo de otro adulto para el monitoreo adecuado, es requisito fundamental el conocer si dicho adulto es confiable.

Para poder llevar a cabo un monitoreo adecuado se recomienda:

- Clarificar la expectativa de conducta y la situación específica en que se usará el monitoreo. Por ejemplo, *situación*: salida al parque; *expectativa de conducta*: jugar cerca de mamá, hablar solamente con gente conocida, compartir los juguetes con los amigos).
- Mantener una comunicación positiva con sus hijos o hijas.
- Hacerse rutinariamente preguntas específicas que permitan al padre adquirir información suficiente para monitorear eficazmente en tiempos específicos. Por ejemplo: *¿dónde está mi hijo(a)? ¿con quién está? ¿a qué hora regresa? ¿cómo se irá? ¿cómo regresará?* (Sosa, et al., 2007).

Involucramiento positivo. Es una estrategia que ayuda al balance de procesos coercitivos en la familia y en los problemas de conducta. Incluye las diversas maneras en que los padres demuestran su amor e interés a sus hijos(as); implica dedicar una cantidad de tiempo a diario (15 a 20 minutos) para convivir de forma positiva con los hijos(as), "tiempo especial para convivir" (Barkley & Benton, 2000). En cierta forma ésta estrategia está presente en cada una de las estrategias antes descritas, estableciendo un contexto adecuado al poner en marcha las técnicas correspondientes. La interacción se basa en movimientos paso a paso, establece balance de procesos coercitivos en la familia y en los problemas de conducta. La clave para un eficaz involucramiento positivo es que durante ese "tiempo especial" el padre preste atención a las conductas positivas de su hijo(a) (Barkley & Benton, 2000), de tal forma que si el hijo(a) recibe acciones disciplinaria se mantenga en un balance de "5 a 1", es decir, por cada interacción disciplinaria implementar 5 interacciones positivas con su hijo(a) (Bullock & Forgatch, 2003; Forgatch & Patterson, 2010).

Para lograr esta estrategia se recomienda a los padres:

- Tener una cantidad suficiente de tiempos familiares agradables (convivencias, tareas en equipo en armonía, conversaciones con buen humor, etc.)
- Comunicación positiva en el vínculo parento-hijo(a).
- Que su hijo(a) se sienta acompañado/a.
- Conocer y comprender las actividades y necesidades de su hijo(a) dentro y fuera de casa.

Conclusiones

El ejercicio de la parentalidad suficientemente sana y competente es fundamental. Se sabe que los malos tratos parentales activan la respuesta de estrés y que el maltrato continuo genera efectos negativos a largo plazo en la salud física y mental de los niños y adolescentes. Es necesario modificar los patrones de crianza poco efectivos hacia formas de crianza positivas y eficaces que permitan que los niños y adolescentes experimenten nuevas formas de cuidado, protección y educación parental, para lograr un ajuste psicosocial saludable en la infancia y adolescencia; llevar a cabo mecanismos que compensen y restituyan las funciones dañadas, tanto en los niños y adolescentes, como en los propios padres.

La presente Guía ha sido elaborada pensando en orientar tanto a profesionales de la salud, como a los padres y otros cuidadores, hacia la adquisición y fortalecimiento de conocimientos y habilidades parentales; en términos de la práctica de herramientas básicas, estrategias y técnicas conductuales.

Los autores reconocemos el papel de los padres y cuidadores como agentes primarios del cambio y superación de los hijos(as) menores; por lo que buscamos apoyar al entendimiento de las prácticas de crianza parentales y su vínculo con la calidad de las interacciones sociales presentes en el ambiente familiar.

Es nuestro más profundo deseo que el presente documento enriquezca la labor de todos aquellos profesionales de la salud de primer contacto en el apoyo y orientación a padres para el manejo positivo de niños y adolescentes con algún problema de conducta.

Referencias Bibliográficas

- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mayor relación con su hijo.* Barcelona: Paidós.
- Bauermeister, J.J., Salas, C.C., & Matos, M. (1995). Tomado de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un Manual de trabajo clínico por Russell A. Barkley, Kevin R. Murphy y José J. Bauermeister. (pp. 91-94). New York, NY: The Guilford Press.
- Bullock, B.M., & Forchatch, M.S. (2003). Parenting together after divorce: Navigating the winds of change. *Zero to Three, 23* (3), 38-43.
- Caraveo-Anduaga, J., Nicolini, S.H. Villa, R.A., & Wagner, E.F. (2005). Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 47*(1), 20-26.
- Caraveo-Anduaga, J (2010). Adversidad social y el reporte de conductas en niños y adolescentes. *Fromm, Humanismo y Psicoanálisis, 3*(1), 14-24.
- Caraveo-Anduaga J., & Soriano A., autores. (2011). Prevalencia de síndromes en niños y adolescentes de un centro de salud: ¿Qué nos ha pasado? En: C.M. Escamilla, (Ed.), *I Curso Internacional "Horizontes de la salud mental en la segunda década del siglo XXI"; 2011 Mayo 24-2011 Mayo 27.* México, DF: Secretaría del Salud del Distrito Federal.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Soriano Rodríguez, A., & Erazo Pérez, J. (2013a). Anxiety Syndromes and their correlates in children and adolescents: A two-year- follow-up study at primary health care in Mexico City. In: F. Durban (Ed.), *New Insights into Anxiety Disorders, pp.233-258, Croatia: InTech, ISBN 978-953-51-1053-8.*
- Costello, E.J., Copeland, W., Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(10), 1015-1025.
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral therapies* (pp. 197-225). New York: The Gilford Press.
- Domenech-Rodríguez, M.M., Baumann, A.A., & Schwartz, A.L. (2011). Cultural adaptation of an evidence based intervention: From theory to practice in a Latino/a community context. *American Journal of Community Psychology, 47*, 170-186.

- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., & Patterson, G. R. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. The Oregon model of parent management training (PMT). En H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach* (pp. 782-814). San Francisco: Jossey-Bass.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with nine-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637-660.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training - Oregon model. An Intervention for Antisocial Behavior in Children and Adolescents. En J.R. Weisz & A.E. Kazdin (Eds.) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. (pp. 159-178). New York: The Guilford Press.
- Hannan, K., & Luster, T. (1991). Influence of parent, child and contextual factor son the quality of the home environment. *Infant mental Health Journal*, 12, 17-30.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M.A., Bermúdez, G., & Gil, F. (2010). *Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes* (S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro & M.E. Medina-Mora, Eds.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Levitt, M.J. (1991). Attachment and close relationships: A life-span perspective. In: Gewirtz, J.L., & Kurtines, W.M. (Eds.). *Intersections with attachment*. (pp. 183-205). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, M. Differential diagnosis. (1979). In: Noshpitz, J., (Ed.) *Basic Handbook of Child Psychiatry*. (pp. 144-156). New York: Basic Books, Inc. Pub.
- Lyford-Pike, A., Ciompi, M., & Soler, M. J. (2007). *Hijos con personalidad... raíces y alas*. México: Alfaomega.
- McMahon, R. (1991). Entrenamiento a padres. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta* (pp. 445-471). Madrid, España: Siglo XXI.
- McMahon, R., & Forehand, R. (2003). Helping the noncompliant child. Family-based treatment for oppositional behavior. New York: The Guilford Press.

- McNulty, J. (2007). *Using behavior charts*. Recuperado el 5 de junio del 2012, de www.freeprintablebehaviorcharts.com/usingbehaviorcharts.htm
- Mendoza Carrera, E. (2007). Bioética de su Mirada estándar al arte de las humanidades médicas. México, D.F: Editores de Textos Mexicanos.
- Oficina de NIH para Investigaciones Extraintitucionales. *Protección de los participantes humanos de la Investigación. Códigos y reglamentos*. 2006. Recuperado de <http://pphi.nihtraining.com>)
- Moore, K.J., & Patterson. (2008). Parent training. En W.T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.). *Cognitive behavior therapy. Applying empirically supported techniques in tour practice* (pp. 383-389). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Morales-Chainé, S., Flores, R., Barragán-Torres, N., & Ayala-Velázquez, H. (1998). *Manual de entrenamiento a padres en actividades planeadas*. México: Facultad de Psicología.
- Morales-Chainé, S., Vázquez-Pineda, F., & Martínez-Ruiz, M. J. (2007). *Modulo de orientación para el manejo de problemas en la infancia y la promoción de la salud familiar*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Morawska, A., & Sanders, M. (2011). Parental use of time out revisited: A useful or harmful parenting strategy? *Journal of Child and Family Studies*, 20, 1-8.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.
- Patterson, G.R. (1982). *Cohesive family process*. Eugene, OR: Castalia
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *A social Interaccional approach. Volume 4. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). En J.B. Reid, G.P. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in childrens and adolescents. A developmental analysis and Model for Intervention*. (pp. 3-21). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Reynoso-Erazo, L., & Seligson-Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Robles, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: Evaluación de un programa de entrenamiento para padres*.

- Tesis doctoral. Santiago de Compostela, España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214) Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sosa, L., Gómez, C., Vargas, L.A., Feria, M., Lenz, A., de la Peña, F., & Palacios, L. (2007). *Adolescencia, trastornos internalizados y adicciones*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P.
- Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Wyckoff, J., & Unell, B. (2007). *Disciplina sin gritos ni palmadas*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.

APÉNDICE

Términos básicos

Estilo de Crianza: Manera, forma y modales de educación, instrucción, preparación, enseñanza de los padres.

Trastorno: Un trastorno es un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica.

Síntoma: La referencia subjetiva que da un sujeto por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas. Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

Síndrome: En medicina, un síndrome (del griego syndromé, concurso) es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías.

Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Una regla capital de la ética es que el paciente o participante acepte contestar cualquier instrumento y conocer su naturaleza, duración y efectos potenciales a corto y largo plazo. El paciente o participante nunca debe sentirse obligado bajo ninguna circunstancia, debe ser respetado: "*Respetar la autonomía significa dar valor a la opiniones y elecciones de personas*

autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones..." (Oficina de NIH para Investigaciones Extrainstitucionales. Protección de los participantes humanos de la Investigación. Códigos y reglamentos, 2006)

Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Es conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida para no ocasionar perjuicio de los intereses del menor.

Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le informa, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo.

Principios Bioéticos

De acuerdo a la perspectiva ideológica, se proporcionan cuatro principios rectores (Mendoza, 2007):

Principio de beneficencia

Actos de Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento. No causar daño deliberadamente.

Principio de Respeto por los pacientes y sus familiares

Acto de protección a las personas con autonomía disminuida.

Acto de Protección a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

Principio de Justicia y equidad

Considerando que la salud es un bien social de primer orden, toda persona tiene derecho a ella.

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Principio de autonomía

Derecho humano a ser tratado con respeto y dignidad.

Acto de informar adecuada y suficientemente a toda persona que recibe una acción terapéutica en forma oportuna, adecuada y con veracidad, de manera que pueda tomar sus decisiones.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- El profesional de la salud está dedicado a proveer atención clínica oportuna, con calidad, calidez y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, estará dispuesto a reportar ante las instancias apropiadas a especialistas deficientes en habilidades y actitudes, o que estén involucrados en fraude.
- El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes y otros profesionales de la salud; salvaguardará la información y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos y derechos de la niñez

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.

- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno. Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.

Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

ANEXO 1

CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO (CBTD)

Ahora le preguntaré acerca de algunas conductas que pueden presentar los (as) niños (as) y/o adolescentes. Por favor dígame si en los últimos 12 meses (nombre del niño (a) / adolescente) se ha comportado **frecuentemente** así o no, y/o si hace más de un año que se comporta de esa manera.

ENTREVISTADOR: En caso de respuesta positiva, EXPLORE si es reciente o hace más de un año que presenta la conducta, marque solo la casilla que corresponde a la respuesta dada.

| Q5 | Número de hijo: _____ | Últimos doce meses | Hace más de un año | Edad inicio | Nunca ha presentado la conducta |
|------------|---|---------------------------|---------------------------|--------------------|--|
| Q6 | ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprendible, tartamudo)? | | | | |
| Q7 | ¿Tiene problemas para dormir? | | | | |
| Q8 | ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | | | | |
| Q9 | ¿Se fuga de la casa? | | | | |
| Q10 | ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar? | | | | |
| Q11 | ¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón? | | | | |
| Q12 | ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños /jóvenes? | | | | |
| Q13 | ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)? | | | | |
| Q14 | ¿Se orina en la cama en la noche? | | | | |
| Q15 | ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos? | | | | |
| Q16 | ¿Le da miedo ir a la escuela? | | | | |
| Q17 | ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo? | | | | |
| Q18 | ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)? | | | | |
| Q19 | ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y geniudo(a)? | | | | |
| Q20 | ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)? | | | | |
| Q21 | ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico? | | | | |

| | Últimos doce meses | Hace más de un año | Edad inicio | Nunca ha presentado la conducta |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|--|
| Q22 ¿Tiene pesadillas con frecuencia? | | | | |
| Q23 ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida? | | | | |
| Q24 ¿Come demasiado y tiene sobrepeso? | | | | |
| Q25 ¿Es muy desobediente y peleonero(a)? | | | | |
| Q26 ¿Dice muchas mentiras? | | | | |
| Q27 ¿Se niega a trabajar en la escuela? | | | | |
| Q28 ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad? | | | | |
| Q29 ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón? | | | | |
| Q30 ¿Se queda mirando al vacío, se queda «en Babia»? | | | | |
| Q31 ¿Se junta con niños / muchachos(as) que se meten en problemas? | | | | |
| Q32 ¿Toma alcohol o usa drogas? | | | | |
| Q33 Suma de columnas 1 y 2 Respuestas positivas (código 1): | | | | |

Q34 Anteriormente mencionó que (nombre del niño (a) / adolescente), tiene alguna de las conductas que revisamos. ¿Considera usted que se le debería enviar al servicio de salud mental para atenderlo (a)?

- (1) Sí
(2) No

Q35 Él (ella) ha sido llevado(a) a consulta con algún médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo?

- (1) Sí *(Continuar preguntando)*
(2) No *(Finalice entrevista, vea instrucción)*

Q36 ¿Con quiénes?

- (1) Médico general / Médico familiar
 - (2) Psiquiatra
 - (3) Psicólogo
 - (4) Consejero
 - (5) Cardiólogo / Ginecólogo / Internista
 - (6) Hierbero
 - (7) Curandero
 - (8) Espiritista
 - (9) Trabajador social
 - (10) Quiropráctico
 - (11) Sacerdote
 - (12) Otro profesional (Especifique):

ANEXO 2

CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO (CBTD-S).

Versión de seguimiento

Por favor dígame si en los últimos 6 ó 12 meses (según sea el periodo transcurrido desde la primera evaluación con el CBTD, para realizar el seguimiento) la conducta de (nombre del niño/a) ha desaparecido, disminuido, está igual, aumentó o nunca la ha presentado
(ENTREVISTADOR: explore y valore la presencia de síntomas en los últimos seis meses, 12 meses o período que quiera evaluar)

| | Q5 Número de hijo: _____ | ÚLTIMOS 6 MESES | | | | | |
|-----|--|------------------|----------------|------------|--------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | Desapareció A | Disminuyó B | Igual C | Aumentó D | Inició en el periodo E | Nunca la ha Presentado F |
| Q6 | ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)? | | | | | | |
| Q7 | ¿Tiene problemas para dormir? | | | | | | |
| Q8 | ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | | | | | | |
| Q9 | ¿Se fuga de la casa? | | | | | | |
| Q10 | ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar? | | | | | | |
| Q11 | ¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón? | | | | | | |
| Q12 | ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños / jóvenes? | | | | | | |
| Q13 | ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)? | | | | | | |
| Q14 | ¿Se orina en la cama en la noche? | | | | | | |
| Q15 | ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos? | | | | | | |
| Q16 | ¿Le da miedo ir a la escuela? | | | | | | |
| Q17 | ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo? | | | | | | |
| Q18 | ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)? | | | | | | |

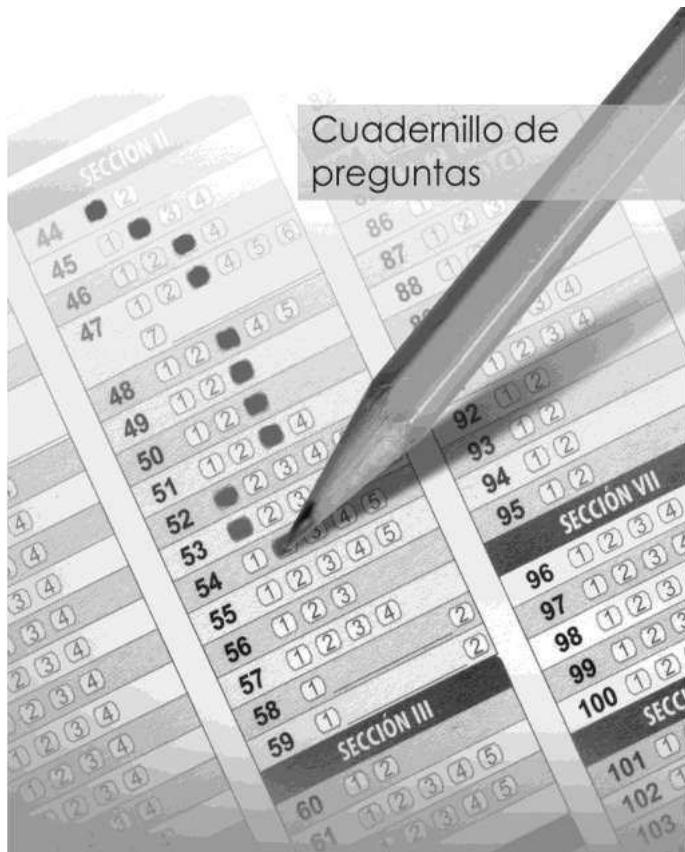
| | ÚLTIMOS 6 MESES | | | | | | Nunca la ha Presentado |
|--|-------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|----------------------------------|--|------------------------|
| | Desapareció A | Disminuyó B | Igual C | Aumentó D | Inició en el periodo E | | |
| Q19 ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y genioso(a)? | | | | | | | |
| Q20 ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)? | | | | | | | |
| Q21 ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico? | | | | | | | |
| Q22 ¿Tiene pesadillas con frecuencia? | | | | | | | |
| Q23 ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida? | | | | | | | |
| Q24 ¿Come demasiado y tiene sobrepeso? | | | | | | | |
| Q25 ¿Es muy desobediente y peleonero(a)? | | | | | | | |
| Q26 ¿Dice muchas mentiras? | | | | | | | |
| Q27 ¿Se niega a trabajar en la escuela? | | | | | | | |
| Q28 ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad? | | | | | | | |
| Q29 ¿Padece de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón? | | | | | | | |
| Q30 ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia? | | | | | | | |
| Q31 ¿Se junta con niños / muchachos(as) que se meten en problemas? | | | | | | | |
| Q32 ¿Toma alcohol o usa drogas? | | | | | | | |
| Q33 Suma de columnas B ,C, D y E Respuestas positivas (código 1) | | | | | | | |
| Q33a Suma por columna | | | | | | | |

Anexo3.

Cuestionario para Personal de la Salud



Ciencia y Tecnología
para impulsar tu Ciudad



Este cuestionario forma parte de una investigación cuyo objetivo es identificar las necesidades para la atención de la salud mental de los niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Por lo que es importante conocer su punto de vista acerca de las situaciones que se abordan.

La información que usted proporcione será anónima y confidencial. Siéntase en libertad de expresar sus ideas al respecto. De antemano se le agradece su cooperación.

INSTRUCCIONES.

El cuestionario consta de este cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas anexa. Por favor lea detenidamente las instrucciones y las preguntas de cada sección. Verifique que su respuesta corresponda al número de pregunta asignada en este cuadernillo y conteste de la manera más honesta. Por favor, no marque este cuadernillo.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1. Fecha: DIA/MES/AÑO

2. Jurisdicción Sanitaria: marque la que corresponda

3. Centro de Salud: marque el que corresponda

3.1 Principal actividad en el centro de salud:

A) Clínica B) Comunidad C) Administrativa D) Otra _____

4. Tipo de cuestionario: _____

6. Sexo: H) Hombre M) Mujer 7. Edad: Marque en años

8. Estado Civil: A) Soltero B) Casado C) Divorciado

D) Viudo E) Separado F) Unión Libre

9. Núm. de hijos: marque del 00 en adelante

10. Ocupación:

- A. Médico general
- B. Médico familiar
- C. Médico Internista
- D. Médico Psiquiatra
- E. Nutriólogo
- F. Enfermera
- G. Odontólogo
- H. Psicólogo
- I. Trabajador Social
- J. Otro_____

11. Universidad de Procedencia:

- A. UNAM
- B. Instituto Politécnico Nacional
- C. Universidad Autónoma Metropolitana
- D. Universidad Autónoma de Puebla
- E. Universidad Anáhuac
- F. Universidad La Salle
- G. Universidad Iberoamericana
- H. Universidad Justo Sierra
- I. Universidad Panamericana
- J. Otra: _____

12. Años de Ejercer la Profesión: marque del 01 en adelante

I. Las siguientes preguntas se refieren a la información que ha recibido sobre salud mental

1. ¿Durante su formación profesional recibió información acerca de los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia? A) Sí B) No
2. Por iniciativa propia, ¿ha buscado mayor información sobre los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia? A) Sí B) No
3. ¿Ha recibido cursos de capacitación acerca de los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia? A) Sí B) No

II. A continuación se presenta una viñeta de una situación clínica de un niño o adolescente, basada en información obtenida con el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD). Responda a las preguntas que se presentan posteriormente.

Viñeta

En esta sección se inserta una Viñeta clínica elaborada con base en información obtenida a través del CBTD en servicios de atención primaria por el Dr. Jorge Caraveo y cols., (2011a). Se elaboraron en total 20 viñetas de acuerdo al sexo y grupo etario con rango entre 4 a 16 años; 10 con síntomas significativos y suficientes para indicar la presencia de algún trastorno mental y otras 10 con síntomas aislados, no significativos ni indicativos de algún trastorno mental.

Este cuestionario sirve como plantilla para cualquiera de las viñetas elaboradas ajustando por el nombre (Juan/María) y sexo (F/M), así como para otras que eventualmente se diseñen. Si se desea replicar el estudio, se recomienda que se aplique los 20 tipos de viñetas a la población objetivo y a cada sujeto se le asigne de forma aleatoria un cuestionario.

4. ¿Piensa usted que Juan/María presenta datos de un trastorno mental?

- A) Sí continúe con la pregunta 5 B) No

Pase a la pregunta 6

5. ¿Cuál de los siguientes trastornos considera usted que presenta Juan/María?

- A) Trastorno por Déficit de Atención.
B) Depresión mayor.
C) Trastorno de ansiedad.
D) Más de un trastorno mental.
E) Trastorno mental⁶ por posible daño cerebral.

Pase a la pregunta 7

6. ¿Cómo clasificaría la conducta que presenta Juan/María?

- A) Normal.
B) Enfermedad no psiquiátrica.
C) Condición debida al desarrollo.
D) Problema debido únicamente a causas sociales y del ambiente.
E) Síntomas mixtos (problemas de conducta, afecto o ansiedad).
F) Ninguna de las anteriores.
G) Problema debido a otras causas. Especifique cuáles: _____

Pase a la pregunta 7

7. ¿Qué tan grave considera que es el problema de Juan/Maria?

- A) Muy grave B) Grave C) Algo grave D) Poco grave E) Nada grave**

8. De los siguientes grupos de opciones, por favor marque la(s) que considere que podría(n) ayudar a Juan/Maria.

8.1 Profesionales

- A) Atención médica general por problema no psiquiátrico.

B) Especialista no psiquiatra.

C) Psiquiatra.

D) Atención en Salud mental por médico general.

E) Trabajador social.

F) Psicólogo.

G) Ninguna.

8.2 *Familiares*

- A) Atención por amigos/familiares.
B) Padres muy estrictos.
C) Llevar a cabo una crianza positiva.
D) Ninguna.

8.3 Otras

- A) Asistencia general de la escuela
B) Involucrar al profesor
C) Involucrar al orientador escolar
D) Involucrarse en actividades religiosas
E) Actividades sociales extracurriculares
F) Ninguna

III. En las siguientes preguntas, exprese lo que usted opina sobre Juan/Maria con relación a lo que se describió en la viñeta.

9. ¿Qué tanto considera usted que los problemas de Juan/Maria pudieran estar causados por su mal carácter?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada**

10. ¿Qué tanto considera usted que la situación de Juan/Maria se debe a un desequilibrio químico en el cerebro?

- A) Mucho** **B) Algo** **C) Indeciso** **D) Poco** **E) Nada**

11. ¿Qué tanto la condición de Juan/Maria puede estar dada por las situaciones estresantes que tiene en su vida?

- A) Mucha** **B) Alga** **C) Indecisa** **D) Roca** **E) Nada**

12. ¿Qué tanto considera usted que la condición de Juan/Maria es una situación hereditaria o genética?

- A) Mucha** **B) Algo** **C) Indicación** **D) Poco** **E) Nada**

13. ¿Qué tanto la situación de Juan/Maria se debe a cómo fue educado en casa?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada**

14. ¿Qué tanto considera usted que los problemas de Juan/Maria pudieran estar causados por su mal carácter?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

15. ¿Qué tanto considera usted que la situación de Juan/Maria se debe a un desequilibrio químico en el cerebro?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

16. ¿Qué tanto la condición de Juan/Maria puede estar dada por las situaciones estresantes que tiene en su vida?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

17. ¿Qué tanto considera usted que la condición de Juan/Maria es una situación hereditaria o genética?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

18. ¿Qué tanto la situación de Juan/Maria se debe a cómo fue educado en casa?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

19. ¿Qué tanto la situación de Juan/Maria se debe a estímulos externos como ver programas violentos en la TV o jugar videojuegos violentos?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

20. ¿Qué tanto la situación de Juan/Maria se debe a que le falta disciplina en casa?

- A) Mucho B) Algo C) Indeciso D) Poco E) Nada

21. ¿Qué tan probable es que la situación de Juan/Maria se solucione por sí sola?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

22. ¿Qué tan probable considera que la situación de Juan/Maria se solucione mediante una educación con reglas estrictas?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

23. ¿Qué tan probable considera que la situación que presenta Juan/Maria se deba a las variaciones propias del desarrollo?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

24. ¿Qué tan probable cree usted que Juan/Maria cometiera un acto violento hacia alguna persona?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

25. ¿Qué tan probable cree usted que Juan/Maria cometiera un acto violento hacia sí mismo?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

IV. Ahora, imagínese que Juan (viñeta) es su hijo y conteste las siguientes preguntas...

26. ¿Estaría dispuesto a seguir consejos de familiares y amigos acerca del problema de Juan/Maria?

- A) Sí continúe B) Depende continúe C) No pase a la pregunta 27

26.1 Si ellos le dijeran que su hijo debería tomar un medicamento ¿Qué tan probable sería el que usted les hiciera caso?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

27. ¿Seguiría consejos del maestro(a) de la escuela sobre el problema de Juan/Maria?

- A) Sí continúe B) Depende continúe C) No pase a la preg.28

27.1 Si el maestro(a) le dijera que su hijo debería tomar un medicamento ¿Qué tan probable sería que usted le hiciera caso?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

28. ¿Llevaría a Juan/Maria a consulta con un médico general por el problema que presenta?

- A) Sí continúe B) Depende continúe C) No pase a la preg.29

28.1 Si el médico general le recetara a su hijo un medicamento ¿Qué tan probable sería el que usted le hiciera caso?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

29. ¿Aceptaría ir con un psicoterapeuta para tratar el problema de Juan/Maria?

- A) Sí continúe B) Depende continúe C) No pase a la preg.30

29.1 Si el psicoterapeuta le dijera que su hijo debería tomar un medicamento ¿Qué tan probable sería el que usted le hiciera caso?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

30. ¿Aceptaría llevar a Juan/Maria con un psiquiatra por el problema que presenta?

- A) Sí continúe B) Depende continúe C) No pase a la preg.31

30.1 Si el psiquiatra le recetara a su hijo un medicamento ¿Qué tan probable sería el que usted le hiciera caso?

- A) Muy probable B) Algo probable C) Probable D) Poco probable E) Nada probable

V. En esta sección exprese su opinión sobre la atención a problemas de Salud Mental en niños y adolescentes en general.

31. La mayoría de los padres se resisten a aceptar que su hijo tiene algún problema de salud mental.

- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

32. La mayoría de los padres se resisten a llevar a su hijo a atención con un especialista cuando tiene problemas de salud mental.

- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

33. Los padres con hijos que presentan problemas de salud mental, deberían ser obligados por la ley para que atendieran a sus hijos en alguna clínica o con algún doctor.

- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

34. Los padres con hijos que presentan problemas muy severos de salud mental, deberían ser forzados por la ley para internar en un hospital a sus hijos para recibir tratamiento.

- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

35. Un niño que recibe tratamiento por algún problema de salud mental, será rechazado en la escuela.

- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
36. Un adulto podría tener consecuencias negativas, si otros se enteran de que recibió tratamiento por algún problema de Salud Mental cuando era pequeño.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
37. A pesar de que existe la confidencialidad médica, la mayoría de la gente se entera cuando los niños reciben tratamiento en salud mental.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
38. El que un niño reciba atención en salud mental, provoca que los padres sientan que fallaron.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
39. En la actualidad los médicos están sobre medicando a los niños con problemas de conducta.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
40. Suministrar medicamentos para problemas de salud mental a los niños o adolescentes, les produce efectos negativos en su desarrollo.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
41. Suministrar medicamentos a los niños o adolescentes con problemas de salud mental, sólo enmascara las causas reales.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
42. Los niños que reciben tratamiento médico para problemas de conducta, son menos propensos a tener problemas con la ley en el futuro.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
43. Los medicamentos para niños con problemas de conducta los hacen actuar de manera automática (sin pensar lo que hacen).
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
44. El uso de medicamentos para problemas de conducta en los niños, provoca que la familia no enfrente las situaciones que los están generando.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
45. Lo psicofármacos ayudan a las personas a controlar sus síntomas.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
46. Los psicofármacos son adictivos.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
47. Tomar psicofármacos es un signo de debilidad.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
48. Los psicofármacos siempre tienen efectos adversos indeseables.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
49. Si pudiera, evitaría atender a niños o adolescentes que presentaran algún problema de salud mental.
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
50. ¿Qué tan frecuentemente los niños y adolescentes que acuden a su consulta presentan problemas de salud mental?
- A) Totalmente de acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) En desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

51. Cuando detecta algún niño o adolescente con problemas de salud mental ¿Lo refiere a algún servicio especializado?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces a cual(es): _____
D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
52. ¿Acostumbra dar seguimiento a los niños o adolescentes que usted refiere a los servicios de salud mental?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
53. Cuando usted refiere a algún niño o adolescente con un especialista de salud mental, ¿éste mantiene contacto con usted para darle seguimiento al problema del paciente?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
54. Cuando los niños o adolescentes acuden a solicitar certificado de salud para reinscripción escolar ¿le realiza alguna valoración sobre salud mental?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
55. Cuando le canalizan de la escuela a algún niño o adolescente por problemas de salud mental:
- 55.1 ¿Le realiza la valoración sobre problemas de salud mental?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
- 55.2 ¿Mantiene informada a la escuela del diagnóstico y evolución del problema de salud mental del niño o adolescente que le fue referido?
- A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Casi nunca E) Nunca F) No aplica
56. Piense en una persona con algún problema de salud mental con la que haya tenido alguna relación personal. ¿Qué sucedió en su relación?
- A) Se hizo más fuerte B) Permaneció igual C) Empeoró D) Finalizó
57. ¿Le gustaría recibir capacitación acerca de cómo identificar y manejar los problemas de salud mental en niños y adolescentes?
- A) Sí B) No
58. Cuando se presentan problemas de salud mental en niños o adolescentes, para usted, ¿es importante identificar aspectos psicosociales?
- A) Sí B) Depende C) No
59. De los siguientes aspectos individuales, ¿qué tan importante considera la relación de éstos, con la presencia o aumento en la gravedad de problemas de salud mental en niños o adolescentes?
- .1 Consumo de alcohol y drogas.
A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante
.2 Conductas sexuales de riesgo.
A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante
.3 Baja autoestima.
A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.4 Desesperanza.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.5 Embarazo y aborto adolescente.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.6 Agresividad.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.7 Hiperactividad.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.8 Angustia.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.9 Conductas antisociales.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.10 Género.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.11 Auto percepción de los síntomas.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.12 Estrés.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.13 Enfermedades crónicas del niño.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

60. De los siguientes aspectos familiares, ¿qué tan importante considera la relación de éstos, con la presencia o aumento en la gravedad de problemas de salud mental en niños o adolescentes?

.1 Disfunción familiar.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.2 Uso de castigo frecuente.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.3 Presencia de trastorno mental en los padres.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.4 Problemas de comunicación con los padres.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.5 Violencia familiar.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.6 Rechazo.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.7 Hogar en el que está presente sólo la madre o padre.

A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.8 Abandono emocional.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .9 Hostilidad.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .10 Separación de la pareja o divorcio.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .11 Muerte de alguno de los padres.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .12 Falta de estimulación intelectual y afectiva en casa
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .13 Características negativas de estilos de crianza y cuidado.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
61. De los siguientes aspectos sociales, ¿qué tan importante considera la relación de éstos, con la presencia o aumento en la gravedad de problemas de Salud mental en niños o adolescentes?
- .1 Escasa pertenencia a grupos sociales.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .2 Conductas sociales de riesgo.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .3 Accidentes.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .4 Aspecto socioeconómico.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .5 Violencia.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .6 Inestabilidad social.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .7 Medios de comunicación.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .8 Abuso sexual.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .9 Abuso físico.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .10 Estrés por sentirse en desventaja con sus amigos/ compañeros.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .11 Aceptación y apoyo en grupos.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**
- .12 Menores víctima de maltrato y abandono parcial o completo.
- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante**

.13 Pertenecer a una banda juvenil.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.14 Rivalidad por la pertenencia a diferentes grupos.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

62. De los siguientes aspectos escolares, ¿qué tan importante considera la relación de éstos, con la presencia o aumento en la gravedad de problemas de Salud mental en niños o adolescentes?

.1 Las expectativas, interacciones y atención por parte del maestro.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.2 Bajo rendimiento escolar.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.3 Violencia delictiva en la escuela.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.4 Problemas de aprendizaje.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.5 Fracaso escolar.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.6 Problemas de conducta.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.7 Uso de medidas disciplinarias severas.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.8 Curso mal manejado por maestros que sufren de escasez de recursos y falta de capacitación.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.9 Los castigos por mal comportamiento impuestos por el maestro.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.10 Falta de oportunidad para estudiar.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

.11 Inseguridad para afrontar el ambiente escolar.

- A) Muy importante B) Algo importante C) Importante D) Poco importante E) Nada importante

**Caraveo Anduaga J.J, López Hernández J,
Soriano Rodríguez A, Ruiz García J.**

**Instituto Nacional de Psiquiatría
'Ramón de la Fuente Muñiz'**
Calzada México Xochimilco 101,
Colonia San Lorenzo Huipulco,
C.P. 14370, Del. Tlalpan, México, D.F.

Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal
República de Chile 6, Colonia Centro
C.P. 06010, Del. Cuauhtémoc, México D.F.

**Secretaría de Salud del Distrito Federal
Servicios de Salud Pública del D.F.**
Calle Xocongo 225, 4º piso ala Poniente,
Colonia Tránsito, C.P. 06820.
Del. Cuauhtémoc, México, D.F.

PROYECTO:
Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental
de Niños y Adolescentes
en Centros de Salud
Financiado por ICyTDF -PICDS08-74
Agosto, 2009.

Las secciones II, III y IV de este cuestionario fueron integradas con la traducción y adaptación del reporte de la sección de Salud Mental reportado en: Davis, James Allan & Smith, Tom W. *General Social Surveys, 1972-2006*. NORC ed. Chicago: National Opinion Research Center, producer, 2005; Storrs, CT: The Roper Center for Public Opinion Research, University of Connecticut, distribuidor. 1 data file (51, 020 logical records) and 1 codebook (pp 805-825; 1178-1204; 1399-1402; 1451-1485).

Para la reproducción total o parcial de este documento y utilización del cuestionario solicitar por escrito a:
caraveoj@imp.edu.mx

Nota: la Hoja de Respuestas en formato de lector de marcas ópticas se puede solicitar al correo
caraveoj@imp.edu.mx



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.es

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Bahnhofstr. 28
D - 66111 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omnascriptum.com
www.omnascriptum.com



