

Tema 20. El uso de la psicoterapia en niños y adolescentes

V. Barrau Alonso, G. Español Martín

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos se encuentran entre las afecciones más prevalentes y perjudiciales en la infancia y la adolescencia. Es necesario que los profesionales sanitarios conozcan los diferentes tratamientos disponibles para estas patologías, entre ellos la psicoterapia (cuyo objetivo es el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas). Pese a la existencia de diversos marcos teóricos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que ha demostrado ser efectiva en un amplio grupo de trastornos psiquiátricos (utiliza diferentes técnicas y debe ser altamente estructurada). En el presente capítulo se repasan los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la infancia y la adolescencia, explicando las diferentes técnicas psicoterapéuticas utilizadas que hayan demostrado eficacia en cada uno de ellos.

Palabras clave: Psicoterapia, niños, adolescentes, terapia cognitivo-conductual.

Introducción

Los trastornos psiquiátricos se encuentran entre las afecciones más prevalentes y perjudiciales en la infancia y la adolescencia¹. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes de todo el mundo tienen trastornos o problemas mentales². La gran mayoría de los trastornos mentales comienzan en la infancia y la adolescencia, y muchos de ellos persisten durante la edad adulta^{1,3}.

Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios conozcan los diferentes tratamientos disponibles para estas patologías que hayan demostrado evidencia científica respecto a su efectividad. Los tratamientos farmacológicos son quizás los más conocidos, aunque en el presente capítulo nos centraremos en los psicológicos o la psicoterapia.

Podemos definir la psicoterapia como un tratamiento de las enfermedades mentales y psicosomáticas y de los problemas de conducta mediante técnicas psicológicas que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas.

Pese a la existencia de diversas escuelas basadas en diferentes marcos teóricos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que ha demostrado mayor efectividad en un amplio grupo de trastornos⁴. Se basa en que el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente para identificar y entender los síntomas en función de la interrelación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Se puede aplicar a individuos, familias o grupos. Debe contar con unas metas terapéuticas personalizadas en sesiones semanales (de 10 a 15 sesiones en total) de 1 hora de duración. En psiquiatría infantil y juvenil, la TCC debe ser altamente estructurada. Se utilizan diferentes técnicas que se enumeran a continuación:

- **Psicoeducación.** Proporciona información reglada a los pacientes y/o familia sobre el trastorno. Se pretenden reforzar los recursos y habilidades. Por ejemplo: realizar psicoeducación en el trastorno de ansiedad consistiría en explicar qué es la ansiedad (es la respuesta emocional de nuestro organismo ante un estímulo [real o no] que le genera peligro/amenaza), el objetivo que se persigue con el tratamiento, la relación que existe entre la ansiedad y nuestro sistema nervioso autónomo que genera que provoquemos todas las sensaciones de activación a nivel físico (tensión muscular, aumento de la frecuencia cardiaca, incremento de la frecuencia respiratoria, temblor, opresión torácica, etc.), cómo se puede producir el primer ataque de pánico y cómo podemos prevenirlos.
- **Técnicas de relajación.** Intentan conseguir estados de baja actividad del sistema nervioso autónomo a través de diversos procesos cognitivos. En niños se utiliza la técnica de relajación progresiva de Jacobson o de «contracción-distensión» muscular. Es una técnica empleada en todas las edades. Se basa en la tensión y relajación de distintos grupos musculares a la vez que se controla la respiración. Se empieza por los extremos más distales del cuerpo (primero los pies y piernas, luego las manos y los brazos) y poco a poco se va progresando hacia el centro del cuerpo (abdomen, torso, hasta la cabeza). Este ejercicio de relajación consiste en tensar durante pocos segundos el grupo muscular para relajarlo el triple de tiempo que ha sido tensado. Habrá que repetir 3 veces con cada grupo muscular.
- **Educación afectiva.** Mejora la capacidad de reconocimiento de los propios sentimientos y el control de las emociones.
- **Técnicas de resolución de problemas.** Se debe especificar el problema y la respuesta que se da, buscar soluciones alternativas y valorar las consecuencias de cada una y los resultados. Por ejemplo:
 - Identificar el problema o los problemas que se quieren resolver (hay que plantear si tienen solución; en ocasiones el individuo tendrá que aprender a vivir con ellos de la mejor forma posible).

- Definir el problema detalladamente (debemos intentar ver los problemas como oportunidades y responder a preguntas como: qué, por qué, cómo, dónde, quién, cuándo...).
- Buscar soluciones (es importante no limitarse, hacer una lluvia de ideas y tener la mayor cantidad de soluciones posible. Por ejemplo, si nuestro problema es que no podemos pagar el alquiler, tendremos diferentes soluciones: buscar un nuevo empleo, reciclarse a nivel profesional, solicitar un aumento, robar un banco, pedir dinero a un familiar, etc.). Evidentemente, la penúltima opción no es la más deseable pero para ello es importante la siguiente técnica.
- Analizar las consecuencias, con el objetivo de eliminar las soluciones que no son adecuadas (evidentemente, robar un banco no es adecuado porque podemos terminar en la cárcel. Una de las mejores opciones podría ser reciclarse a nivel profesional).
- Pasar a la acción. Una vez escogida la mejor opción, se debe llevar a cabo; para ello puede ser útil un plan de acción.
- Una vez realizado nuestro plan para solucionar el problema, nos debemos preguntar: ¿Ha funcionado? ¿Los resultados que tengo son los que quería? ¿Estoy satisfecho con la solución? Y si la respuesta a algunas preguntas es negativa, se debe volver a empezar con el proceso o plantear nuevas soluciones.
- Habilidades para la regularización de emociones. Las más estudiadas son la reevaluación (asignando un significado «no emocional» a un evento) y la supresión (control de la respuesta somática a la emoción). Por ejemplo: el juego del semáforo; es un ejercicio que sirve al niño para identificar sus emociones y poder dar respuesta a su comportamiento. Consiste en dibujar un semáforo con sus tres colores (rojo, verde y naranja) y darle unas instrucciones sencillas al niño para hacerle ver cómo funciona en momentos de enfado, irritabilidad, llanto, etc. (Rojo: debe identificar emociones, determinar su estado de ánimo, seguramente en este momento deberá estar más tranquilo y pensar antes de actuar. Naranja: en este momento el niño ya no está tan enfurecido y puede pensar en las causas de su enfado, buscar soluciones o alternativas y sus consecuencias. Verde: en ese momento el niño se siente bien y puede poner en práctica la mejor solución.)
- Manejo de la conducta y de las contingencias de reforzamiento. Proporciona un funcionamiento más favorable a través de diversas fases, utilizando el reforzamiento positivo/negativo. El refuerzo positivo se asocia a realizar una conducta con la obtención de una consecuencia agradable; esta consecuencia no tiene por qué ser nada material; puede ser una sonrisa, un halago, etc. (por ejemplo: una madre que felicita a su hija cada vez que realiza las tareas domésticas que tiene asignadas fortalece el aprendizaje por reforzamiento positivo). Con la técnica del refuerzo negativo, la recompensa no consiste en la obtención de un estímulo, sino en su ausencia (no hacer caso a la conducta inapropiada de una hija, es decir, no dar ningún tipo de respuesta, favorece el aprendizaje por reforzamiento negativo).

- Reestructuración cognitiva. Se intenta producir un cambio en la valoración subjetiva del paciente. Con esta técnica se aprende a identificar los pensamientos desadaptativos para poder sustituirlos por otros más apropiados que permitan reducir o eliminar el malestar (por ejemplo: una persona debe hacer una exposición en público y seguro que pensará: «Esto es horrible, no quiero hacerlo. Me voy a poner muy nervioso/a y todo el mundo me lo notará. Voy a hacer el ridículo, van a pensar que soy tonto/a»). La reestructuración cognitiva nos ayudaría a pensarlo de la siguiente manera: «Ponerse nervioso es normal, a todo el mundo le pasa. Y si se me nota, la gente lo entenderá. Pero seguro que me sale bien. Y si no me saliera como yo quiero, tampoco es el fin del mundo. Además, pensar esto sólo me sirve para ponerme más nervioso»).
- Modelización o aprendizaje vicario, a través de la observación de la conducta y sus consecuencias (por ejemplo: si observamos cómo un compañero se daña por apoyarse en unos fogones encendidos y se produce una quemadura, ya no necesitaremos apoyarnos en la cocina o en los fogones y quemarnos para saber que podemos hacernos daño).
- Técnicas de exposición. Se utilizan sobre todo en los trastornos de ansiedad, y deben realizarse de manera gradual (por ejemplo: una niña que tiene fobia a los perros y esto le genera un cuadro de ansiedad muy incapacitante. Deberíamos realizar exposición mediante aproximaciones sucesivas al objeto estresante (perros); inicialmente podría consistir en enseñar imágenes o vídeos de perros, pasear por la calle y observar perros a distancia, posteriormente procurar la aproximación a algún perro de algún familiar o amigo, hasta finalmente poder tocar, acariciar el animal, sin generar sintomatología ansiosa).
- *Role playing*. Tratamiento de los pacientes mediante la simulación de una situación real.

En el presente capítulo se repasan los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la infancia y adolescencia, explicando las diferentes técnicas psicoterapéuticas utilizadas que hayan demostrado eficacia en cada uno de ellos.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad que afectan al funcionamiento global de la persona que lo padece. La prevalencia de este trastorno en la población infantil es aproximadamente de un 3-9%, y un 50-70% de los pacientes mantiene dicha sintomatología en la adolescencia y la edad adulta⁵.

El TDAH se define, según los criterios diagnósticos de consenso del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición (DSM-5), por la

presencia de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que interfiere en el funcionamiento y el desarrollo del niño o adolescente⁶.

Se requiere la presencia de 6 o más síntomas de inatención mantenidos durante un mínimo de 6 meses en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo del niño o adolescente y que afecte a las actividades sociales, académicas y laborales. Los síntomas de inatención son los siguientes: con frecuencia el paciente falla en prestar la debida atención a detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; parece no escuchar cuando se le habla directamente; no sigue las instrucciones ni termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales; tiene dificultad para organizar tareas y actividades; evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta para iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; pierde cosas necesarias para tareas o actividades; se distrae con facilidad por estímulos externos; olvida las actividades cotidianas...

Asimismo, se requiere la presencia de 6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad mantenidos durante un mínimo de 6 meses en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo del niño o adolescente y que afecte a las actividades sociales, académicas y laborales. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad son los siguientes: el paciente juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento; se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado; es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas; está «ocupado» actuando como si «lo impulsara un motor»; habla excesivamente; responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta; le es difícil esperar su turno; interrumpe o se inmiscuye con otros...

En función de los criterios diagnósticos del DSM-5, podemos clasificar el TDAH del modo siguiente:

- Presentación combinada. Presencia de 6 o más síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención. Presencia de 6 o más síntomas de inatención durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Presencia de 6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad durante los últimos 6 meses.
- No especificado.

Tratamiento psicológico

Se recomienda emplear la TCC junto con abordajes conservadores como tratamiento inicial para el TDAH en niños y adolescentes, siempre y cuando los síntomas sean leves, tenga un impacto mínimo en el funcionamiento diario, ante un diagnóstico de

TDAH incierto o no especificado, en menores de 5 años y ante el rechazo de los padres a la toma de medicación. Las guías de práctica clínica recomiendan un tratamiento combinado, farmacológico y psicológico, en caso de síntomas moderados o graves con gran afectación funcional⁷.

La literatura científica pone de manifiesto que hasta la fecha se han aplicado las mismas intervenciones psicológicas en la población infantil y adolescente: terapia conductual, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y reeducación psicopedagógica^{5,8}.

Terapia conductual

La terapia conductual tiene como objetivo identificar los factores que caracterizan una conducta como inadecuada, determinar qué se desea cambiar, y establecer unos objetivos para poder organizar un plan y modificar el comportamiento que se desea cambiar. Existen diferentes estrategias en la terapia conductual: refuerzo positivo, técnicas de economía de fichas, extinción de conducta, tiempo fuera y sobrecorrección.

- Refuerzo positivo. Al reforzar positivamente la conducta deseada se aumenta la probabilidad de que ésta vuelva a producirse (por ejemplo: realizar elogios mientras se recogen los juguetes después del juego).
- Economía de fichas. Establece conductas específicas que se desean mejorar y un sistema de recompensa que se activa al conseguir las conductas deseadas. Esta técnica pretende fomentar las buenas conductas (reforzamiento positivo, al conseguir fichas) y disminuir las conductas indeseadas (castigo negativo, al perder fichas). Por ejemplo: se pueden registrar en una hoja los días que un niño no presenta conductas disruptivas, restando los que sí las tenga; cuando se consigan 10 días puede disfrutar de un privilegio (una tarde de cine, salir al parque para jugar con el balón, unas horas «extra» de consola el fin de semana...).
- Extinción de conducta. Es el modelo más utilizado para reducir una conducta indeseada. Se trata de disminuir la atención a las conductas inadecuadas para dejar de reforzarlas y pretender que no vuelvan a producirse (por ejemplo: dejar de atender al niño cuando tenga una rabieta).
- Tiempo fuera. Está técnica pretende privar de cualquier elemento reforzador que pueda tener el paciente en el contexto de una mala conducta, aislándolo durante un corto periodo (menos de 5 min). Requiere una explicación previa al menor y ofrecerle la oportunidad de reflexionar ante la presencia de una conducta inadecuada.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva pretende identificar los procesos inadecuados y trabajar con el objetivo de cambiarlos por otros más adecuados:

- Autoinstrucciones. Son mensajes o verbalizaciones cortas que se puede decir el propio paciente en cuanto detecta que ocurre algo anómalo. Se trata de utilizar automensajes racionales, positivos, lógicos y realistas. Estas verbalizaciones dirigidas a uno mismo pueden ayudar a conseguir objetivos y eliminar o mantener comportamientos que se estén llevando a cabo o que se desee modificar.
- Técnicas de autocontrol de la conducta.
- Técnicas de inhibición de respuesta. Estas técnicas consisten en realizar un entrenamiento ante una señal visual de «stop» para inhibir una respuesta y tomar decisiones. Incluyen las siguientes fases: pararse, no actuar, pensar, planificar, actuar y autoevaluación.
- Técnicas de resolución de problemas.
- Autoevaluación reforzada. El objetivo de esta técnica es que el niño o adolescente pueda realizar una valoración objetiva de la realidad de las cosas que hace y de cómo reacciona ante ellas.

Entrenamiento para padres. Intervención familiar

Cabe destacar que el entrenamiento para padres y las intervenciones en el ámbito familiar han demostrado ser muy efectivos en la población infantojuvenil⁶. El entrenamiento para padres puede centrarse en distintos aspectos⁷:

- Identificar las situaciones que crean conflicto y las reacciones de comportamiento que generan. Del mismo modo, se pueden identificar los elementos que generan conductas disruptivas.
- Analizar las consecuencias positivas y negativas de los comportamientos, ya sea apropiado o inapropiado.
- Establecer métodos de comunicación efectiva de relación paternofamiliar (contacto visual adecuado, dar órdenes de una en una, usar un tono positivo...).
- Establecer consecuencias negativas apropiadas a los comportamientos que son inadecuados.
- Fomentar el uso de un sistema de economía de fichas para los problemas de conducta constantes. Reforzar positivamente las conductas adecuadas.
- Emplear técnicas de tiempo fuera ante los problemas de conducta más graves.

Entreno en habilidades sociales

Utiliza técnicas de tipo cognitivo y conductual, y se realiza habitualmente en formato grupal.

Reeducación psicopedagógica

Es un refuerzo escolar individualizado, con el objetivo de disminuir los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente, en cuanto a su aprendizaje o competencia académica. Incluye acciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico en las distintas áreas, tanto las instrumentales como las más específicas, así como trabajar los

hábitos que fomentan las conductas inapropiadas para el aprendizaje y las técnicas de estudio (enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes). Por otro lado, también procura mejorar la autoestima, identificando las habilidades positivas y aumentando la motivación. Se pretende enseñar y reforzar conductas apropiadas que faciliten un buen estudio y el cumplimiento de tareas, así como reducir o eliminar los comportamientos poco adecuados, como las conductas desafiantes o los malos hábitos organizativos. Mantener actuaciones de coordinación con el niño o adolescente y la escuela para establecer objetivos y ofrecer a los maestros estrategias de manejo del TDAH en el aula. Intervenir con los padres para enseñar, monitorizar y reforzar el uso continuado de tareas de gestión y organización del estudio en casa.

Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento constituyen una de las causas más frecuentes de consulta al servicio de pediatría y las unidades de salud mental de la infancia y la adolescencia. La prevalencia de estos trastornos en niños de 5-10 años de edad fluctúa entre el 4,8 y el 7,4% en varones y entre el 2,1 y el 3,2% en niñas, según el estudio que se consulte. Para los trastornos de la conducta en adolescentes, la prevalencia varía entre un 1,5 y un 3,4%⁹.

En la actualidad se distinguen diferentes trastornos de ansiedad en población infantojuvenil según los criterios del DSM-5, de los cuales destacamos 2 por ser los más importantes⁶:

- Trastorno negativista desafiante. Su clínica viene determinada por un patrón de comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir sus responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos, lo que crea dificultades en varios contextos durante los últimos 6 meses o más.
- Trastorno de la conducta, o disocial. Se observa un patrón de comportamiento antisocial que vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad. Estos comportamientos son inmanejables por parte de las personas cercanas al individuo sintomático, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral.

El tratamiento tiene que ser multimodal, es decir, deben participar todos los profesionales implicados, con varias estrategias terapéuticas coordinadas entre sí¹⁰. La terapia psicológica se considera la primera línea de tratamiento para estos trastornos, y la que ha mostrado más efectividad es la que combina estrategias conductuales y cognitivas. Debemos tener en cuenta que no existen programas de intervención universales, y que la psicoterapia debe aplicarse de forma continuada en todos los entornos del menor¹¹.

Terapia conductual

Incluye técnicas encaminadas a la resolución de conflictos, y es de fácil aplicación por parte del pediatra de atención primaria^{9,11}:

- Técnica de la reciprocidad. Una persona secundará nuestro propósito si previamente o de manera concomitante se le hace algún regalo, premio o concesión como reforzador. Se puede añadir el elemento reforzador a la petición o realizar una petición elevada y negociar hasta lograr nuestro objetivo real.
- Técnica de la escasez. Se sustenta en la tendencia que tenemos a valorar más lo que es difícil de conseguir o cualquier oportunidad que se nos puede escapar.
- Técnica de la validación social. Se basa en la tendencia que tenemos a actuar como lo hacen las personas similares a nosotros que nos rodean.
- Técnica de la coherencia. Se basa en la importancia social de ser congruente con las actuaciones anteriores y con los compromisos previamente adquiridos.
- Técnicas de corrección. Interposición de una señal u orden en el momento en que el niño realiza la conducta irregular. Para ello es conveniente la utilización de un lenguaje propositivo previo y reservar la negación para momentos especialmente disruptivos. En casos graves se puede utilizar la contención física mediante la separación forzada del niño y de la situación problema.
- Técnica de extinción. Ignorar la conducta problemática que realiza el niño desde su comienzo. Hay que tener en cuenta que en las primeras aplicaciones observaremos un aumento de las conductas desafiantes al dejar de ser el centro de atención.
- Técnica de utilización de reforzadores. Pueden ser tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva) o intangibles (una alabanza, una caricia). Se utilizan para incrementar la probabilidad de aparición de una buena conducta.
- Técnica de la economía de fichas. Consiste en registrar las conductas positivas del niño y, cuando se alcance el número pactado, asociar un reforzador positivo.
- Técnica del contrato de contingencias. Documento que recoge los términos de una negociación y las consecuencias de incumplirlo. Se debe realizar por escrito y es especialmente útil en adolescentes. Deben quedar muy claros los términos del contrato, por ejemplo: «si Pepe hace los deberes sin que nadie se lo pida, podrá jugar a la Play 45 min en vez de los 30 estipulados». En ocasiones (dependiendo de la edad del niño) se puede redactar un contrato tipo y hacer firmar a todos los participantes (padres, niños o familiar) para dar mayor validez e importancia a éste.

Psicoterapia cognitiva

Comprende una serie de técnicas encaminadas a modificar los pensamientos, creencias o actitudes del paciente. A diferencia de la psicoterapia conductual, su utilización requiere el aprendizaje y el entrenamiento de una serie de habilidades terapéuticas complejas; por este motivo, no se recomienda su utilización en terapeutas no experimentados.

Destacamos que estas técnicas pueden ser aplicadas en formato grupal, en el que han demostrado ser efectivas y rentables¹².

Por último, hay que hacer referencia a una revisión sistemática en la que se muestra la eficacia de la terapia sistémica para niños y adolescentes (y sus familias) en estos trastornos¹³.

Trastornos de ansiedad

Son los trastornos más frecuentes en la población infantojuvenil, a la que afectan en un 15-20%^{14,15}. La ansiedad es una activación o aceleración del organismo en respuesta a una situación o estímulo que el niño detecta como peligroso. Esta activación es, a veces, una ventaja, pues prepara para la acción y el organismo queda dispuesto a reaccionar rápidamente si fuera necesario, por lo que ciertos niveles leves de ansiedad pueden mejorar la actuación en momentos difíciles; no obstante, unos niveles moderados-graves de ansiedad pueden ser altamente incapacitantes y generar una disfunción en el comportamiento habitual.

En los niños, el miedo o la ansiedad se pueden expresar en forma de llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o incapacidad de hablar en público.

En la actualidad, se distinguen diferentes trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil según los criterios del DSM-5⁶:

- Trastorno de ansiedad por separación. Es específico de la población pediátrica en las clasificaciones actuales. Los niños refieren una ansiedad inapropiada y excesiva por su nivel de desarrollo cuando son separados de las figuras de vínculo o de su entorno próximo. Manifiestan una notoria preocupación frente a la separación de sus progenitores, dificultades para ir al colegio o dormir solos, y presentan pesadillas asociadas con la separación en múltiples ocasiones.
- Trastorno de ansiedad generalizada. Los niños muestran preocupaciones crónicas y excesivas sobre distintas actividades o situaciones (rendimiento académico, amigos, salud, familia, desastres naturales o hechos cotidianos).
- Trastorno por crisis de ansiedad. Se caracteriza por ataques de pánico inesperados sin causa evidente. Hay que diferenciarlo bien de las crisis de ansiedad contextuales que pueden aparecer en cualquier trastorno de ansiedad, y habitualmente se asocian a agorafobia.
- Trastorno de estrés postraumático. Ante la presencia de una experiencia traumática existe una tendencia a revivir el episodio traumático con aumento del nivel de ansiedad, presencia de imágenes recurrentes o *flashbacks*, pesadillas, etc.
- Fobia específica. Es un miedo o una ansiedad intensa hacia un objeto o situación específica.

Existen otros trastornos de ansiedad según el DSM-5 que también aparecen en niños, como el trastorno de ansiedad social (temor o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el niño puede tener que ser observado o actuar delante de otras personas, con iguales o con adultos), el mutismo selectivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno de ansiedad secundario a fármacos (benzodiazepinas, estimulantes, inhaladores, cafeína) o el trastorno de ansiedad secundario a una patología médica (hipertiroidismo, epilepsia, déficit de vitamina B₁₂).

La TCC ha demostrado una gran efectividad en el manejo de los trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil^{14,16,17}. Los componentes fundamentales de la TCC son los siguientes:

- Psicoeducación del niño y los cuidadores respecto a la naturaleza del trastorno.
- Entrenar el manejo conductual: proporcionar técnicas o estrategias para el manejo de las reacciones somáticas, incluido el entrenamiento en técnicas de relajación y respiración diafragmática.
- Reestructuración cognitiva, con el objetivo de identificar los pensamientos que provocan ansiedad para afrontarlos.
- Plan de exposición progresiva y prevención de respuesta: exposición sistemática a situaciones o estímulos temidos mediante métodos imaginarios, simulados o *in vivo*, haciendo hincapié en la desensibilización a los estímulos temidos, y proporcionar un plan de prevención de recaídas.

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico en la TCC consiste en trabajar, en los niños mayores de 5 años, los aspectos descritos con anterioridad. Dichos aspectos ayudarán al menor a afrontar de forma gradual las dificultades. La TCC junto con la terapia familiar, que tiene como objetivo entrenar a los padres, posee una eficacia añadida. Hasta la fecha, diversos estudios han evaluado la eficacia de la TCC sola o en combinación con el tratamiento psicofarmacológico para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia^{14,18}.

Trastornos depresivos

Trastorno de depresión mayor

Según los criterios diagnósticos del DSM-5⁶, el trastorno depresivo se define como la presencia de 5 o más síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa de estos niños y adolescentes. Uno de los síntomas debe ser la presencia de un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días. El estado de ánimo puede ser irritable.

- Clara disminución del interés o el placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. Pueden presentar una pérdida de interés por los deportes, los videojuegos y las actividades con amigos.
- Aumento o pérdida significativa de peso, sin seguir una dieta, o aumento o disminución del apetito casi todos los días. En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado o quejas frecuentes sobre enfermedades físicas: cefalea o malestar abdominal.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días. En los niños o adolescentes puede estar provocado por el hecho de quedarse hasta altas horas de la noche mirando la televisión, y manifestarse por la negativa a levantarse por la mañana para ir a la escuela.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. En los niños o adolescentes puede ser hablar sobre el hecho de huir de casa o hacer esfuerzos para huir.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días, caracterizada por un aburrimiento persistente.
- Sentimientos de desvalorización o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días. Se muestra como oposicionismo o negativismo.
- Disminución de la capacidad de concentración, indecisión casi todos los días: bajo rendimiento escolar, absentismo.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico. En niños o adolescentes, ideas o comportamientos suicidas persistentes.

Estos síntomas no deben cumplir criterios para un episodio mixto de un trastorno bipolar; deben provocar un malestar significativo o un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras esferas importantes, y no obedecer a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad general.

Tratamiento psicológico

Como regla general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de niños y adolescentes con un trastorno depresivo mayor leve, por lo que se opta por iniciar un tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual^{19,20}.

Los pacientes con un cuadro de depresión con ideación o conductas autolesivas u otros factores de riesgo o comorbilidades graves, como el abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión sea leve, serán tributarios de derivación al centro de salud mental infantojuvenil de referencia.

En los niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo (ideas o conductas autolesivas o comorbilidades), si es posible, es preferible man-

tener un periodo de observación de 2 semanas y estudiar la evolución de los síntomas. Durante este periodo, el profesional debe promocionar apoyo activo al niño o adolescente y a su familia, así como pautas de hábitos saludables, psicoeducativas y de manejo de situaciones. En caso de persistencia de estos síntomas depresivos, se recomienda iniciar terapia psicológica. Las recomendaciones actuales, según las guías de práctica clínica, se basan en sesiones semanales durante un periodo de 8-12 semanas.

Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la TCC, la terapia familiar o la terapia interpersonal. Durante este periodo de terapia psicológica se debe realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.

Las características más importantes de la TCC empleada en la población de niños y adolescentes son las siguientes:

- Es una terapia centrada en el presente y basada en asumir que la depresión está mediada por la percepción errónea de sucesos y por el déficit de habilidades.
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (aumentar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.
- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y en sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (en la que se hace hincapié en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y en la sesión terapéutica, que sigue una agenda de problemas que se deben tratar.

Bibliografía

1. Kuposov R, Fossum S, Frodl T, Nytrø Ø, Leventhal B, Sourander A, et al. Clinical decision support systems in child and adolescent psychiatry: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(11): 1.309-1.317.
2. World Health Organization & Wonca. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Ginebra: World Health Organization, 2008.
3. Le HH, Hodgkins P, Postma MJ, Kahle J, Sikirica V, Setyawan J, et al. Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: The Netherlands as a reference case. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(7): 587-598.
4. Gutiérrez-Casares JR, Pérez-Rodríguez A, Martín Lunar MT. Terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes. En: *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente*, 1.ª ed. Madrid: Panamericana, 2011; 263-280.

5. Valls-Llagostera C, Vidal R, Abad A, Corrales M, Richarte V, Casas M, et al. Intervenciones de orientación cognitivo-conductual en adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Neurol*. 2015; 60 Supl 1: 115-120.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
7. Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Avaluació i Qualitat Sanitàries de Catalunya, 2010.
8. Pfiffner LJ, Haack LM. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014; 23(4): 731-746.
9. Hernández PJR, Alonso VMB, Sra N, Tenerife DC, Internacional F, Tenerife OB, et al. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integr*. 2012; 16(10): 760-768.
10. Gleason MM, Goldson E, Yogman MW; Council on Early Childhood; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Addressing early childhood emotional and behavioral problems. *Pediatrics*. 2016; 138(6): e20163025.
11. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integr*. 2017; 12(10): 949-958.
12. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health*. 2013; 8(2): 318-692.
13. Von Sydow K, Retzlaff R, Behr S, Haun MW, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process*. 2013; 52(4): 576-618.
14. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17(7): 591.
15. Soutullo C. Guía esencial de psicofarmacología del niño y el adolescente, 2.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2017; 146-163.
16. Creswell C, Waite P, Cooper PJ. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2014; 99(7): 674-678.
17. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3): 347-351.
18. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008; 359(26): 2.753-2.766.
19. Grupo de Trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, 2009.
20. Luby JL. Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(4): 346-358.