



Trabajo de fuerza : pautas de diagnóstico y manejo  
para la consulta pediátrica de los trastornos de salud  
mental más frecuentes, derivados de la situación  
"padres militares activos ausentes"

**Bertha Inés Tours Linares**  
**Nicolás José Trujillo Sánchez**

Trabajo de grado para optar al título profesional:  
**Curso de Estado Mayor (CEM)**

**Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"**  
Bogotá D.C., Colombia

2007

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA



TRABAJO DE FUERZA

PAUTAS DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO PARA LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE  
LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES,  
DERIVADOS DE LA SITUACIÓN "PADRES MILITARES ACTIVOS AUSENTES".

**MAYOR BERTHA INÉS TOUS LINARES**  
**MAYOR NICOLÁS JOSÉ TRUJILLO SÁNCHEZ**  
CURSO CIM - 2007

*[Firma manuscrita]*

Firma del jurado

Bogotá DC  
7 de Mayo de 2007

Bogotá DC

Nota de aceptación:

Aprobado se realizaron  
los exámenes para superiores

*Juan E. Guevara*

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

*Maria Jesús Velasco D.F.*

Firma del jurado

Bogotá DC, \_\_\_\_\_

*A nuestros hijos y a todos los niños que llenan de alegría y esperanza los hogares de nuestro país.*

## AGRADECIMIENTO

*A aquellos padres-héroes que en su esfuerzo por lograr una Patria mejor se ven obligados a privarse del privilegio de ver como crece día a día el futuro de Colombia.*

*En especial nuestro más grato reconocimiento a nuestros docentes de la Escuela Superior de Guerra, quienes nos han transmitido sus discernimientos y cuyos consejos hemos tenido presente durante este curso.*

*A los Doctores: Roberto Chaskel, CN Walter Portón, TC Clara Galvis, María Inés Villarreal, y Mauricio Uyabán, quienes nos han guiado con sabiduría y responsabilidad para que este proyecto tenga un grado de Excelencia.*

*A los niños de nuestra Patria para que como padres y Médicos, podamos evidenciar cualquier trastorno Psico-físico que nos alerte y nos estimule a encontrar una pronta solución.*

*Y a todas las personas que en una u otra forma nos estimularon para terminar este trabajo.*

## AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestros agradecimientos primero a DIOS que es el ser supremo que rige nuestros conocimientos, quien nos ha dado la fortaleza y paciencia para sacar adelante este trabajo.

En especial nuestro más grato reconocimiento a nuestros docentes de la Escuela Superior de Guerra, quienes nos han transmitido sus discernimientos y cuyos consejos hemos tenido presente durante este curso.

A los Doctores: Roberto Chaskel, CN Walter Pontón, TC Clara Galvis, María Inés Villarreal, y Mauricio Uyabán, quienes nos han guiado con sabiduría y responsabilidad para que este proyecto tenga un grado de Excelencia.

A los niños de nuestra Patria para que como padres y Médicos, podamos evidenciar cualquier trastorno Psico-físico que nos alerte y nos estimule a encontrar una pronta solución.

Y a todas las personas que en una u otra forma nos estimularon para terminar este trabajo.

	Pág.
4. TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE.....	43
4.1. DEFINICIÓN.....	43
4.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	44
4.3. ETIOLOGÍA.....	45
4.3.1. Bases Biológicas.....	46
4.4. SOSPECHA CLÍNICA.....	48
4.4.1. Criterios Diagnósticos.....	50
4.4.2. Escalas de Evaluación.....	52
4.4.3. Diagnóstico Diferencial.....	54
4.4.4. Tratamiento.....	56
4.4.4.1. Fase Aguda.....	57
4.4.4.1.1. Tratamiento Psicofarmacológico.....	59
4.4.4.1.2. Tratamiento Psicológico.....	61
4.4.4.2. Fase Mantenimiento.....	63
4.4.4.2.1. Tratamiento Psicofarmacológico.....	65
4.4.4.2.2. Tratamiento Psicológico.....	67
4.4.4.3. Seguimiento.....	69
4.4.4.4. Prevención de Recidivas.....	71
4.4.4.5. Tratamiento de las Comorbilidades.....	73
4.4.4.6. Tratamiento de los Problemas de Conducta.....	75
4.4.4.7. Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje.....	77
4.4.4.8. Tratamiento de los Problemas de Salud.....	79
4.4.4.9. Tratamiento de los Problemas de Familia.....	81
4.4.4.10. Tratamiento de los Problemas de Escuela.....	83
4.4.4.11. Tratamiento de los Problemas de Comunidad.....	85
4.4.4.12. Tratamiento de los Problemas de Sociedad.....	87
4.4.4.13. Tratamiento de los Problemas de Cultura.....	89
4.4.4.14. Tratamiento de los Problemas de Política.....	91
4.4.4.15. Tratamiento de los Problemas de Economía.....	93
4.4.4.16. Tratamiento de los Problemas de Medio Ambiente.....	95
4.4.4.17. Tratamiento de los Problemas de Tecnología.....	97
4.4.4.18. Tratamiento de los Problemas de Globalización.....	99
4.4.4.19. Tratamiento de los Problemas de Futuro.....	101
4.4.4.20. Tratamiento de los Problemas de Pasado.....	103
4.4.4.21. Tratamiento de los Problemas de Presente.....	105
4.4.4.22. Tratamiento de los Problemas de Espiritualidad.....	107
4.4.4.23. Tratamiento de los Problemas de Filosofía.....	109
4.4.4.24. Tratamiento de los Problemas de Arte.....	111
4.4.4.25. Tratamiento de los Problemas de Literatura.....	113
4.4.4.26. Tratamiento de los Problemas de Música.....	115
4.4.4.27. Tratamiento de los Problemas de Cine.....	117
4.4.4.28. Tratamiento de los Problemas de Teatro.....	119
4.4.4.29. Tratamiento de los Problemas de Danza.....	121
4.4.4.30. Tratamiento de los Problemas de Deportes.....	123
4.4.4.31. Tratamiento de los Problemas de Juegos.....	125
4.4.4.32. Tratamiento de los Problemas de Recreación.....	127
4.4.4.33. Tratamiento de los Problemas de Ocio.....	129
4.4.4.34. Tratamiento de los Problemas de Tiempo Libre.....	131
4.4.4.35. Tratamiento de los Problemas de Vacaciones.....	133
4.4.4.36. Tratamiento de los Problemas de Viajes.....	135
4.4.4.37. Tratamiento de los Problemas de Turismo.....	137
4.4.4.38. Tratamiento de los Problemas de Gastronomía.....	139
4.4.4.39. Tratamiento de los Problemas de Bebidas.....	141
4.4.4.40. Tratamiento de los Problemas de Alimentos.....	143
4.4.4.41. Tratamiento de los Problemas de Nutrición.....	145
4.4.4.42. Tratamiento de los Problemas de Salud Pública.....	147
4.4.4.43. Tratamiento de los Problemas de Medicina.....	149
4.4.4.44. Tratamiento de los Problemas de Farmacología.....	151
4.4.4.45. Tratamiento de los Problemas de Biología.....	153
4.4.4.46. Tratamiento de los Problemas de Química.....	155
4.4.4.47. Tratamiento de los Problemas de Física.....	157
4.4.4.48. Tratamiento de los Problemas de Matemáticas.....	159
4.4.4.49. Tratamiento de los Problemas de Estadística.....	161
4.4.4.50. Tratamiento de los Problemas de Informática.....	163
4.4.4.51. Tratamiento de los Problemas de Internet.....	165
4.4.4.52. Tratamiento de los Problemas de Redes Sociales.....	167
4.4.4.53. Tratamiento de los Problemas de Seguridad.....	169
4.4.4.54. Tratamiento de los Problemas de Defensa.....	171
4.4.4.55. Tratamiento de los Problemas de Justicia.....	173
4.4.4.56. Tratamiento de los Problemas de Política Exterior.....	175
4.4.4.57. Tratamiento de los Problemas de Relaciones Internacionales.....	177
4.4.4.58. Tratamiento de los Problemas de Comercio Internacional.....	179
4.4.4.59. Tratamiento de los Problemas de Turismo Internacional.....	181
4.4.4.60. Tratamiento de los Problemas de Transporte Internacional.....	183
4.4.4.61. Tratamiento de los Problemas de Aviación Internacional.....	185
4.4.4.62. Tratamiento de los Problemas de Marítima Internacional.....	187
4.4.4.63. Tratamiento de los Problemas de Aeronáutica Internacional.....	189
4.4.4.64. Tratamiento de los Problemas de Espacial Internacional.....	191
4.4.4.65. Tratamiento de los Problemas de Polar Internacional.....	193
4.4.4.66. Tratamiento de los Problemas de Antártica Internacional.....	195
4.4.4.67. Tratamiento de los Problemas de Ártica Internacional.....	197
4.4.4.68. Tratamiento de los Problemas de Oceanografía Internacional.....	199
4.4.4.69. Tratamiento de los Problemas de Meteorología Internacional.....	201
4.4.4.70. Tratamiento de los Problemas de Climatología Internacional.....	203
4.4.4.71. Tratamiento de los Problemas de Geología Internacional.....	205
4.4.4.72. Tratamiento de los Problemas de Geografía Internacional.....	207
4.4.4.73. Tratamiento de los Problemas de Historia Internacional.....	209
4.4.4.74. Tratamiento de los Problemas de Filosofía Internacional.....	211
4.4.4.75. Tratamiento de los Problemas de Religión Internacional.....	213
4.4.4.76. Tratamiento de los Problemas de Ética Internacional.....	215
4.4.4.77. Tratamiento de los Problemas de Sociología Internacional.....	217
4.4.4.78. Tratamiento de los Problemas de Antropología Internacional.....	219
4.4.4.79. Tratamiento de los Problemas de Etnología Internacional.....	221
4.4.4.80. Tratamiento de los Problemas de Lingüística Internacional.....	223
4.4.4.81. Tratamiento de los Problemas de Filología Internacional.....	225
4.4.4.82. Tratamiento de los Problemas de Literatura Internacional.....	227
4.4.4.83. Tratamiento de los Problemas de Historia del Arte Internacional.....	229
4.4.4.84. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Arquitectura Internacional.....	231
4.4.4.85. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Escultura Internacional.....	233
4.4.4.86. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Pintura Internacional.....	235
4.4.4.87. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Música Internacional.....	237
4.4.4.88. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Danza Internacional.....	239
4.4.4.89. Tratamiento de los Problemas de Historia de los Deportes Internacionales.....	241
4.4.4.90. Tratamiento de los Problemas de Historia de los Juegos Internacionales.....	243
4.4.4.91. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Recreación Internacional.....	245
4.4.4.92. Tratamiento de los Problemas de Historia del Ocio Internacional.....	247
4.4.4.93. Tratamiento de los Problemas de Historia del Tiempo Libre Internacional.....	249
4.4.4.94. Tratamiento de los Problemas de Historia de las Vacaciones Internacionales.....	251
4.4.4.95. Tratamiento de los Problemas de Historia de los Viajes Internacionales.....	253
4.4.4.96. Tratamiento de los Problemas de Historia del Turismo Internacional.....	255
4.4.4.97. Tratamiento de los Problemas de Historia del Transporte Internacional.....	257
4.4.4.98. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Aviación Internacional.....	259
4.4.4.99. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Marítima Internacional.....	261
4.4.4.100. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Aeronáutica Internacional.....	263
4.4.4.101. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Espacial Internacional.....	265
4.4.4.102. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Polar Internacional.....	267
4.4.4.103. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Antártica Internacional.....	269
4.4.4.104. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Ártica Internacional.....	271
4.4.4.105. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Oceanografía Internacional.....	273
4.4.4.106. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Meteorología Internacional.....	275
4.4.4.107. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Climatología Internacional.....	277
4.4.4.108. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Geología Internacional.....	279
4.4.4.109. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Geografía Internacional.....	281
4.4.4.110. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia Internacional.....	283
4.4.4.111. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Filosofía Internacional.....	285
4.4.4.112. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Religión Internacional.....	287
4.4.4.113. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Ética Internacional.....	289
4.4.4.114. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Sociología Internacional.....	291
4.4.4.115. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Antropología Internacional.....	293
4.4.4.116. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Etnología Internacional.....	295
4.4.4.117. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Lingüística Internacional.....	297
4.4.4.118. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Filología Internacional.....	299
4.4.4.119. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Literatura Internacional.....	301
4.4.4.120. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia del Arte Internacional.....	303
4.4.4.121. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Arquitectura Internacional.....	305
4.4.4.122. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Escultura Internacional.....	307
4.4.4.123. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Pintura Internacional.....	309
4.4.4.124. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Música Internacional.....	311
4.4.4.125. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Danza Internacional.....	313
4.4.4.126. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de los Deportes Internacionales.....	315
4.4.4.127. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de los Juegos Internacionales.....	317
4.4.4.128. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Recreación Internacional.....	319
4.4.4.129. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia del Ocio Internacional.....	321
4.4.4.130. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia del Tiempo Libre Internacional.....	323
4.4.4.131. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de las Vacaciones Internacionales.....	325
4.4.4.132. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de los Viajes Internacionales.....	327
4.4.4.133. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia del Turismo Internacional.....	329
4.4.4.134. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia del Transporte Internacional.....	331
4.4.4.135. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Aviación Internacional.....	333
4.4.4.136. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Marítima Internacional.....	335
4.4.4.137. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Aeronáutica Internacional.....	337
4.4.4.138. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Espacial Internacional.....	339
4.4.4.139. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Polar Internacional.....	341
4.4.4.140. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Antártica Internacional.....	343
4.4.4.141. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Ártica Internacional.....	345
4.4.4.142. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Oceanografía Internacional.....	347
4.4.4.143. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Meteorología Internacional.....	349
4.4.4.144. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Climatología Internacional.....	351
4.4.4.145. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Geología Internacional.....	353
4.4.4.146. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Geografía Internacional.....	355
4.4.4.147. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia Internacional.....	357
4.4.4.148. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Filosofía Internacional.....	359
4.4.4.149. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Religión Internacional.....	361
4.4.4.150. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Ética Internacional.....	363
4.4.4.151. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Sociología Internacional.....	365
4.4.4.152. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Antropología Internacional.....	367
4.4.4.153. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Etnología Internacional.....	369
4.4.4.154. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Lingüística Internacional.....	371
4.4.4.155. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Filología Internacional.....	373
4.4.4.156. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Literatura Internacional.....	375
4.4.4.157. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia del Arte Internacional.....	377
4.4.4.158. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Arquitectura Internacional.....	379
4.4.4.159. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Escultura Internacional.....	381
4.4.4.160. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Pintura Internacional.....	383
4.4.4.161. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Música Internacional.....	385
4.4.4.162. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Danza Internacional.....	387
4.4.4.163. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de los Deportes Internacionales.....	389
4.4.4.164. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de los Juegos Internacionales.....	391
4.4.4.165. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Recreación Internacional.....	393
4.4.4.166. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia del Ocio Internacional.....	395
4.4.4.167. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia del Tiempo Libre Internacional.....	397
4.4.4.168. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de las Vacaciones Internacionales.....	399
4.4.4.169. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de los Viajes Internacionales.....	401
4.4.4.170. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia del Turismo Internacional.....	403
4.4.4.171. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia del Transporte Internacional.....	405
4.4.4.172. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Aviación Internacional.....	407
4.4.4.173. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Marítima Internacional.....	409
4.4.4.174. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Aeronáutica Internacional.....	411
4.4.4.175. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Espacial Internacional.....	413
4.4.4.176. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Polar Internacional.....	415
4.4.4.177. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Antártica Internacional.....	417
4.4.4.178. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Ártica Internacional.....	419
4.4.4.179. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Oceanografía Internacional.....	421
4.4.4.180. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Meteorología Internacional.....	423
4.4.4.181. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Climatología Internacional.....	425
4.4.4.182. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Geología Internacional.....	427
4.4.4.183. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Geografía Internacional.....	429
4.4.4.184. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia Internacional.....	431
4.4.4.185. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Filosofía Internacional.....	433
4.4.4.186. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Religión Internacional.....	435
4.4.4.187. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Ética Internacional.....	437
4.4.4.188. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Sociología Internacional.....	439
4.4.4.189. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Antropología Internacional.....	441
4.4.4.190. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Etnología Internacional.....	443
4.4.4.191. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Lingüística Internacional.....	445
4.4.4.192. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Filología Internacional.....	447
4.4.4.193. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Literatura Internacional.....	449
4.4.4.194. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia del Arte Internacional.....	451
4.4.4.195. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Arquitectura Internacional.....	453
4.4.4.196. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Escultura Internacional.....	455
4.4.4.197. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Pintura Internacional.....	457
4.4.4.198. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Música Internacional.....	459
4.4.4.199. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Danza Internacional.....	461
4.4.4.200. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de los Deportes Internacionales.....	463
4.4.4.201. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de los Juegos Internacionales.....	465
4.4.4.202. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Recreación Internacional.....	467
4.4.4.203. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia del Ocio Internacional.....	469
4.4.4.204. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia del Tiempo Libre Internacional.....	471
4.4.4.205. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de las Vacaciones Internacionales.....	473
4.4.4.206. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de los Viajes Internacionales.....	475
4.4.4.207. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia del Turismo Internacional.....	477
4.4.4.208. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia del Transporte Internacional.....	479
4.4.4.209. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Aviación Internacional.....	481
4.4.4.210. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Marítima Internacional.....	483
4.4.4.211. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Aeronáutica Internacional.....	485
4.4.4.212. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Espacial Internacional.....	487
4.4.4.213. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Polar Internacional.....	489
4.4.4.214. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Antártica Internacional.....	491
4.4.4.215. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Ártica Internacional.....	493
4.4.4.216. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Oceanografía Internacional.....	495
4.4.4.217. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Meteorología Internacional.....	497
4.4.4.218. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Climatología Internacional.....	499
4.4.4.219. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Geología Internacional.....	501
4.4.4.220. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Geografía Internacional.....	503
4.4.4.221. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Historia Internacional.....	505
4.4.4.222. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Filosofía Internacional.....	507
4.4.4.223. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la Religión Internacional.....	509
4.4.4.224. Tratamiento de los Problemas de Historia de la Historia de la Historia de la Historia de la	

4.	TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE.....	43
4.1.	DEFINICIÓN.....	43
4.2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	44
4.3.	ETIOLOGÍA.....	45
4.3.1.	Bases Biológicas.....	46
4.3.2.	Factores de Riesgo.....	47
4.4.	SOSPECHA CLÍNICA.....	48
4.4.1.	Síntomas y Trastornos Asociados.....	49
4.4.2.	Criterios Diagnósticos.....	50
4.4.3.	Patrón Familiar.....	51
4.5.	ABORDAJE INICIAL.....	52
4.5.1.	Tratamiento Psicofarmacológico.....	55
4.6.	PREVENCIÓN .....	55
5.	TRASTORNO SOMATOMORFO.....	57
5.1.	DEFINICION.....	57
5.2.	EPIDEMIOLOGIA.....	58
5.3.	SOSPECHA CLINICA.....	60
5.4.	ABORDAJE INICIAL.....	61
5.5.	TRASTORNO POR DOLOR.....	63
5.5.1.	Tratamiento.....	64
5.6.	TRASTORNO DE CONVERSIÓN.....	65
5.6.1.	Tratamiento.....	66
5.7.	RECOMENDACIONES GENERALES.....	67
6.	CONCLUSIONES.....	68
6.1.	RECOMENDACIONES.....	69

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alva, j. La enfermedad como instrumento de manipulación. Quinto congreso nacional de Psiquiatría. Lima 13-16 abril, pp 2342-235, 19
2. Ambrosini PJ. A review of Pharmacotherapy of major depresión in children and adolescents.2000;51:627-633
3. American Academy for child and adolescent psychitry. <http://www.aacap.org.publicationsfacts>. July 2003.
4. American Academy of Child and adolescent psychiatry// [www.aacap.org](http://www.aacap.org).pag 1- 19 .American\* Psychiatric Association //
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1995.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1995.
7. Barkley R. Commentary; issues in training parents to manage children with behaviour problems.2002
8. Barkley R. Defiant children: a clinicians manual for assessment and parent training.The Guilford Press.1997.
9. Beasley PJ y Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. Adolescent Medicine.1998:9351-362
10. Burke J Loeber and BirmaherB Oppositional Defiant Disorder and conduct Disorder. 2002 41;11 1275-1289
11. CassidyLJ yJellinekMS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in primary pediatric care. Ped Clin N Am 1998;45 1037-1052.
12. CassidyLJ yJellinekMS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in primary pediatric care.Ped Clin N Am 1998;45 1037-1052.
13. CNAMD Pontón Walter, Niños y Conflicto Armado en Colombia. Monografias.com
14. Cornellá J y Llusent A. Diagnóstico de la depresión .29 curso de Pediatría
15. Cuervo Jaime. Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Mérida.Pag1-10.Foro Pediátrico
16. Depresión en la infancia y en la adolescencia // [www.wikeepedia.com.org](http://www.wikeepedia.com.org). síntomas-hallazgos biológicos confirmación del diagnóstico.
17. Dr. Eduardo Hernandez.La Depresión Infantil Quinta Ed. CAPII. Pag190-210.
18. Dr. Roberto Chaskel, Cols Temas de Psicología Evolutiva y Psiquiatría infantil.. 2006. pg143-151
19. Extrahospitalaria.Nuevos retos para el Pediatra.241-251.2002.
20. FindlingRL;Reed MD y Blumer JL.Pharmacological Treatment of depression in Children and adolescents.1999.1:161-182.



21. GARCIA-CAMPOYO, J.; CAMPOS, R.; MARCOS, G.; PEREZ-ECHEVARRIA, MAJ, y el GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: II Differences between somatisers and psychologists". In: Br. J. Psychiatry, No. 168; 1996: 348.
22. Garralda ME. Practitioner review:assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. J Child Pshychol 1999;40:1159-1167.
23. <http://www.pediatraldia.cl/depresión.htm>
24. Lobo, Garcia-Campoyo,j.Campos,r.Marcos,g.,Perez- Echeverria , maj, y el gmppz. "somatisation in primary care in Spain: estimates of prevalence and clinical characteristics" in br.j. psychatry,no 168; 1996:344
25. LOBO, A., GARCIA-CAMPOYO, J., CAMPOS, R., MARCOS, G., PEREZ-ECHEVARRÍA, MAJ, y el GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: I Estimates of prevalence and clinical characteristics". In: Br. J. Psychiatry, No. 168; 1996: 344.
26. Mardomingo Sanz MJ. Características clínicas de los trastornos de ansiedad Rev Pedat prim 2001 3:61-71
27. Mardomingo Sanz MJ. Características Clínicas de los trastornos de ansiedad.Rev Pediatr At Prim 2001
28. Martin RLYutzySH.Trastornos somatomorfos.En Hales editors.Tratado de Psiquiatría 2Ed. 1996 p625-58.
29. Pereda Perez Antonio<http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/4.pdf>.
30. Santamaría S .Teorías del desarrollo. Universidad José María Vargas. Caracas.1997.
31. The Merck manual of medical. information. home edition. Simon and Schusters, inc: 2000.
32. Unavezelescribio/www.tuotromedico.com /epidemiologiasintomas.trastornosdelestadodeanimodsmiv .Pág.76 ; Pág. 84-90.Del Barrio 1997.
33. V.TRENCHS SAINZ DE LA MASA COLS."Trastornos Somatomorfos :Una entidad emergente en Pediatría"Anales de Pediatría.Vol 58. Enero 2003

## LISTA DE TABLAS

### LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Guía para Pediatras: Abordaje Inicial de los Trastornos más Derivados de la Situación "Padres Militares Activos Ausentes"	
Tabla 1 - Hallazgos Biológicos más Importantes en Depresión	26
Tabla 2 – Síntomas de Depresión Infantil Según la Edad	31

## RESUMEN

### LISTA DE ANEXOS

Título de la Investigación: Pautas de Diagnóstico y Manejo para la consulta

Anexo A: Guía para Pediatras: Abordaje Inicial de los Trastornos más Frecuentes Derivados de la Situación "Padres Militares Activos Ausentes"

Investigadoras: Mayor Médico Pediatra Nicolás José Trujillo Sánchez y Mayor Médico Pediatra Bertha Inés Tovar Lozano

Problema Formulado: ¿Cuáles serán las pautas de Diagnóstico y Manejo para apoyar la consulta pediátrica, de los trastornos de salud mental más frecuentes que se presentan en hijos de "Padres Militares Activos Ausentes"?

Objetivo General: Implementar mecanismos para optimizar y hacer más oportuno el diagnóstico de los trastornos: depresivo, oposicional desafiantes, y somatomorfo, en hijos de Militares Activos Ausentes, enfocando su tratamiento desde la consulta pediátrica, diseñando una guía de manejo de estos trastornos, de fácil utilización y entendimiento para su aplicación en la consulta pediátrica.

Tipo de Investigación: Documental

Conclusiones Relevantes: La Familia y los Profesionales de la salud debemos ayudar a nuestros niños, inocentes víctimas del conflicto armado, brindándoles apoyo, afecto y comprensión, aplicando nuestros conocimientos, mejorando su calidad de vida, en este instante preciso de la infancia, definitivo para los años venideros.

Palabras Clave: Militar Activo Ausente, Salud Mental Infantil

## RESUMEN

Título de la Investigación: Pautas de Diagnóstico y Manejo para la consulta pediátrica de los trastornos de salud mental más frecuentes, derivados de la situación “Padres Militares Activos Ausentes”.

Investigadores: Mayor Médico Pediatra Nicolás José Trujillo Sánchez y Mayor Médico Pediatra Bertha Inés Tous Linares

Problema Formulado: ¿Cuáles serían las pautas de Diagnóstico y Manejo para apoyar la consulta pediátrica, de los trastornos de salud mental más frecuentes que se presentan en hijos de “Padres Militares Activos Ausentes”?

Objetivo General: Implementar mecanismos para optimizar y hacer más oportuno el diagnóstico de los trastornos: depresivo, oposicional desafiante, y somatomorfo, en hijos de Militares Activos Ausentes, enfocando su tratamiento desde la consulta pediátrica, diseñando una guía de manejo de estos trastornos, de fácil utilización y entendimiento para su aplicación en la consulta pediátrica.

Tipo de Investigación: Documental

Conclusiones Relevantes: La Familia y los Profesionales de la salud debemos ayudar a nuestros niños, inocentes víctimas del conflicto armado, brindándoles apoyo, afecto y comprensión, aplicando nuestros conocimientos, mejorándoles su calidad de vida, en este instante preciso de la infancia, definitivo para los años venideros.

Palabras Clave: Militar Activo Ausente Salud Mental Infantil

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo se han realizado diversas investigaciones sobre la etiología de los trastornos psicológicos en los niños y se ha concluido que existen tres factores los cuales son la base de estos trastornos: factores orgánicos, mentales y factores vivenciales. Basados en esta información se han estudiado diferentes tratamientos para abordarlos.

Nosotros nos hemos dedicado en este estudio, a mostrarle a Padres, Médicos, Pediatras diferentes técnicas y estrategias que nos ayuden a mejorar la calidad de vida de estos niños haciendo énfasis en el factor vivencial, ya que la realidad de nuestro país es de violencia y muchos de nuestros niños se ven involucrados en un conflicto que no comprenden y que trae para ellos consecuencias traumáticas.

Cabe aclarar que muchos de estos problemas se resuelven con cambios de conducta en la familia o el ambiente. En otros casos, que son más severos, y la base se debe a otros factores de mayor complejidad, se hace necesario consultar al Médico Psiquiatra.

En este documento, encontrarán sugerencias sobre como los adultos (Padres, Familiares, Médicos, Pediatras) deberán proceder en caso de presentarse patologías específicas como son: el Trastorno Depresivo, el Trastorno Oposicional Desafiante, y los Trastornos Somatomorfos. Como ya habíamos anotado, en consenso de especialistas se decidió que estas tres patologías de salud mental son las más representativas en niños en cuyo núcleo familiar se presenta la situación "Padres Militares Activos Ausentes", lo cual es nuestro objetivo de estudio de mayor interés.

En el Primer Capítulo, hacemos referencia al trastorno más frecuente encontrado en la consulta externa de Psiquiatría Infantil del Hospital Militar Central, Dr. Roberto Chaskel, la Depresión Infantil, dando ciertas indicaciones para sospechar esta patología, proyectando en forma sencilla un abordaje inicial, dejando clara la necesidad de remisión en caso de que el nivel de gravedad lo amerite.

En el Segundo Capítulo, describimos el Trastorno Oposicional Desafiante, el cual estadísticamente, es uno de las patologías más frecuentes que se presentan en estos niños y de igual importancia para su pronta identificación.

En el Tercer Capítulo, definimos las principales entidades que se engloban en el Trastorno Somatomorfo, dando bases para una sospecha clínica y las herramientas para un abordaje inicial.

Se ha realizado este documento en un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento, para que el abordaje familiar y facultativo sean efectivos y productivos.

Inmersa toda esta situación en el actual panorama de violencia del conflicto armado Colombiano, se hará una relación entre estos trastornos y la función pediátrica específica habitual, al conocer mejor la problemática que envuelve a estos niños, mejorando así la empatía, entendiéndolos más, ayudándolos a sobrellevar este momento de sus vidas y así tratarlos de forma eficiente e integral.

Se considera que este tema representará un aporte muy significativo para la Institución y sus familias, motor principal de los Militares en Servicio Activo, ausentes a causa de la agresión terrorista contra el Estado.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Debido a la situación actual de violencia que vive nuestro país la mayoría de los padres militares cabeza de familia, han tenido que acudir al llamado de la Patria para defender La Libertad y Los Derechos fundamentales de los Colombianos, originando un ausentismo al interior del hogar, razón esta por la cual se ha despertado nuestra preocupación como Pediatras sobre lo que esta situación origine en nuestros niños a causa de la falta de la figura paterna y/o materna fundamentales en el núcleo familiar.

De este panorama tan complicado para la salud mental infantil, llegan niños a la consulta de psiquiatría infantil, cada grupo con sus propias características y retos diagnósticos y terapéuticos, lo que ha generado víctimas inocentes que presenta diferentes trastornos mentales, objeto de esta investigación, y dada la situación que no existen escalas ni estudios previamente diseñados que apoyen al Médico general, al Pediatra, en la diaria consulta externa de nuestros dispensarios médicos de las FFMM, origina nuestra inquietud como Pediatras del Ejército Nacional, realizar esta monografía con el fin de diseñar una guía que sirva de material de investigación y de orientación a la sospecha clínica y al abordaje inicial tratando de incentivar a nuestro cuerpo médico militar de tomar conciencia de esta problemática biosicosocial, incrementando las pautas de manejo en estos niños hijos de padres militares activos ausentes por el conflicto armado, para lograr mejorar su entorno familiar y escolar<sup>1</sup>.

La nosología no es adecuada por no tener que ver con nuestra realidad, la distorsión de la realidad ha transformado el orden de las cosas. Estos niños pueden ser encuadrados dentro de múltiples diagnósticos del DSM IV-TR y el CIE 10, desde los trastornos neurológicos, los trastornos de aprendizaje, los trastornos

---

<sup>1</sup> CNAMD Potón Walter, Niños y Conflicto Armado en Colombia. Monografias.com

de conducta, hasta los trastornos de ansiedad; la implicación sistémica de estos niños no se puede considerar sin los padres si estos aun existen. Miembros de estos grupos necesitan ayuda multidimensional, pues la sintomatología puede transmitirse de unos a otros, la mamá deprimida lo trasmite a su hijo, en definitiva las familias enteras se afectan por la ausencia, la falta de apoyo, las dificultades en soledad.<sup>2</sup>

Otros menores han vivido de cerca los estragos de los ataques terroristas, siendo testigos presenciales de crímenes contra sus familiares, o quedando huérfanos a temprana edad como los hijos del personal de la Fuerza Publica que muere en defensa de la nación, otros ven su red social y su entorno ecológico ser destruido, y todos ellos deben ser considerados también como victimas del conflicto y como la responsabilidad de los que trabajamos en salud mental del futuro del país.<sup>3</sup>

Otro factor que aumenta la ansiedad de nuestros niños es el bombardeo en los medios de otras guerras que se llevan a cabo en el mundo, lo que hace que en adición a la situación familiar, la amenaza contra la seguridad de la nación que representa el terrorismo, también se les expone a múltiples imágenes, en ocasiones en vivo y en directo en otras latitudes. Continuamente observan reportajes de noticias y escuchan a personas de su entorno hablar sobre la amenaza del terrorismo en sus hogares y de las guerras en lugares lejanos. Pero, a diferencia de los adultos, los niños tienen poca experiencia que les ayude a considerar toda esta información objetivamente. Todas estas circunstancias además, aumentan considerablemente en hijos de militares activos ausentes temor y ansiedad, factores que predisponen a la aparición de numerosos trastornos mentales, objetivo principal de nuestra investigación con la idea principal de encontrar las herramientas clínicas y terapéuticas sencillas para poner en practica en todos los dispensarios del país preservando de esta forma la salud mental de nuestros niños hijos de militares activos ausentes.

---

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid



Cualquiera sea su edad o su relación con adultos implicados en la campaña bélica, los niños necesitan poder expresar sus sentimientos y preocupaciones acerca de la guerra. Como adultos, es nuestra labor animarlos a expresarse, escucharles y responder las preguntas que puedan tener, reconociendo que su ansiedad es completamente normal, asumiendo una posición clara frente a la barbarie para ayudar a los niños a decidir si el mundo es un lugar seguro o pavoroso, reconfortándolos y asegurándoles que se encuentran protegidos, manteniendo la rutina familiar y la comunicación.<sup>4</sup>

Si analizamos un poco más el entorno familiar de los niños motivo de nuestra investigación, nos damos cuenta que en ocasiones a nivel de este entorno, nuestra forma de educar envuelve al niño en numerosas responsabilidades: estudiar, esforzarse, ser bueno, arreglar su habitación, comer saludablemente, etc. Esto es positivo para el niño, para que vaya aprendiendo a enfrentar el futuro con seguridad, pero puede ser un arma de doble filo. Si nos pasamos con nuestra exigencia puede que el niño no llegue a los objetivos, o incluso que desarrolle un sentido extremadamente crítico consigo mismo.

Esto puede incrementarse si además no interactúa en un ambiente familiar estimulante, en el que predomine el intercambio afectivo. De esta forma aparecería lo que llamamos la indefensión aprendida que como su nombre indica es un estado de indefensión que se va aprendiendo ante sucesivos fracasos: "haga lo que haga no lo voy a conseguir". Esta indefensión aprendida es un caldo de cultivo extraordinario para que aparezcan todo tipo de sentimientos negativos en el niño: miedo, inseguridad y tristeza.

A partir de una revisión detallada de la Estadística de consulta externa del Hospital Militar Central, Servicio de Psiquiatría Infantil Dr. Roberto Chaskel, correspondiente al año 2006, durante 13 meses, (Diciembre de 2005 hasta Enero

---

<sup>4</sup> CNAMD Pontón Walter op cit pag. 7

de 2007), se encontraron los principales diagnósticos presentados en hijos de Militares Activos Ausentes

Tabla de Estadística Consulta Externa Psiquiatría HOSMIL Dic 2005-Ene2007:

Diagnóstico	Casos
Trastorno depresivo	161
Trastorno oposicional Desafiante	158
Trastorno Somatomorfo	70
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	42
Trastorno de Alimentación	42
Trastorno de Adaptación	34
Trastorno de Aprendizaje	33
Trastorno de estrés postraumático	33
Trastorno de Ansiedad	24
Trastorno de Control de esfínteres	17

Analizando estas estadísticas y conjuntamente con el consenso de expertos, se consideran como los principales trastornos de salud mental en hijos de militares activos ausentes: **El Trastorno Depresivo, el Trastorno Oposicional Desafiante y los Trastornos Somatomorfos.**

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestro país atraviesa desde hace mucho tiempo por un conflicto armado, el cual parece ser interminable. Es importante destacar que afecta a toda la población sin importar sexo, raza, cultura, religión, ni mucho menos edad. Esta problemática que involucra a todos, afecta de manera especial a nuestros niños, quienes están comenzando a formar su personalidad de acuerdo a las vivencias de sus padres, las propias y de hechos o acontecimientos que ocurren a su alrededor.

Debido a la agresión terrorista contra el Estado, el Militar padre de familia debe permanecer ausente de su núcleo familiar por largos periodos de tiempo, conllevando en sus hijos el posible desarrollo de trastornos mentales, influyendo negativamente en el estado anímico habitual de estos niños y enmarcándolos en algunos casos, en un entorno social de infelicidad.

### 2.1 Formulación del Problema

Es por eso que debemos estar alertas desde la institución en que nos desenvolvemos: Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea, Policía Nacional, sin olvidar que desde el ente familiar podemos vigilar la evolución del desarrollo cognitivo y emocional de los niños, para que ellos no presenten un trastorno que les impida su normal crecimiento tanto en la esfera Familiar, Social, Escolar, etc.

La violencia alcanza en la vida social dimensiones nocivas, que por ser de carácter cotidiano y por considerarse ya, asociado a nuestra cultura, no se identifica ni se atiende en forma oportuna y efectiva, siendo la población más afectada, hijos de militares activos ausentes. La evolución de estos trastornos psicológicos en la infancia es muchas veces el reflejo de la interacción niño-ambiente. El desarrollo cognitivo a temprana edad no permite al niño encontrar una explicación lógica a todo lo que ocurre a su alrededor, lo que le genera un

estado de gran inseguridad. Cuando un niño se encuentra inseguro, se empieza a preocupar. Los niños están llenos de preocupaciones y no sólo por problemas del mundo real, sino también por los de su mundo imaginario.

Por estos motivos se hace necesario interceder a través de la familia, Médicos, Pediatras en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de estos niños que como consecuencia de esta guerra y su influencia en el núcleo familiar, presentan diferentes patologías mentales.

VAN KEEVELEN dice: "Tratar un niño sin la cooperación de los padres es una tarea inútil; el eventual éxito del tratamiento esta condicionado por la cooperación de los padres no solo durante el tratamiento, si no también a continuación de él".

de la salud mental en hijos de Militares Activos Ausentes.

### 2.3.3. Tercer Objetivo Especifico

Definir los parámetros para el diagnóstico y abordaje inicial de los Trastornos Somatomorfos, uno de los principales trastornos de salud mental

¿Cuáles serían las pautas de Diagnóstico y Manejo para apoyar la consulta pediátrica, de los trastornos de salud mental más frecuentes que se presentan en hijos de "Padres Militares Activos Ausentes"?

## 2.2 Objetivo General

Implementar mecanismos para optimizar y hacer más oportuno el diagnóstico de los trastornos: depresivo, oposicional desafiante, y somatomorfo, en hijos de Militares Activos Ausentes, enfocando su tratamiento desde la consulta pediátrica diseñando una guía de manejo de estos trastornos, de fácil utilización y entendimiento para su aplicación en la consulta pediátrica.

### 3. DEPRESIÓN INFANTIL

#### 2.3 Objetivos Específicos

Cuando hablamos de Depresión Infantil o de que un niño está deprimido, muchas

2.3.1. Primero Objetivo Específico es una exageración. ¿cómo va a deprimirse un

Definir los parámetros para la sospecha clínica, diagnóstico y abordaje inicial del trastorno más frecuente de salud mental en hijos de Militares Activos Ausentes:

**El Trastorno Depresivo.** la popular. Lamentablemente los niños también sufren y aunque deberían ser felices en muchas ocasiones no lo son.

2.3.2. Segundo Objetivo Específico

Definir los parámetros para la sospecha clínica, diagnóstico y abordaje inicial del **Trastorno Oposicional Desafiante**, al ser uno de los trastornos más importantes de la salud mental en hijos de Militares Activos Ausentes. su reconocimiento como

entidad propia, incluso en edades tempranas.

2.3.3. Tercer Objetivo Específico

Definir los parámetros para la sospecha clínica, diagnóstico y abordaje inicial de los **Trastornos Somatomorfos**, otro de los principales trastornos de salud mental en hijos de Militares Activos Ausentes. Aproximadamente dos tercios de los

adolescentes con Depresión clínica no están reconocidos ni tratados.

En una revisión sobre características clínicas, Epidemiología, etiología y

tratamiento de la Depresión mayor en niños y adolescentes, enfatizamos la idea de que el primer paso para el manejo en Pediatría es su reconocimiento.

En una revisión sobre características clínicas, Epidemiología, etiología y tratamiento de la Depresión mayor en niños y adolescentes, enfatizamos la idea de que el primer paso para el manejo en Pediatría es su reconocimiento.

<sup>1</sup> Cuervo Jairo. Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Mando Page Fono Pediatría.

<sup>2</sup> Capozzi J y Llamadas S. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders. J primary prevention. Ann Pediatr Clin. N Y. 1998; 45: 1037-1043.

<sup>3</sup> Cuervo Jairo. Op cit pag1.

### 3. DEPRESIÓN INFANTIL

Cuando hablamos de Depresión Infantil o de que un niño está deprimido, muchas personas pueden creer que esto es una exageración: ¿cómo va a deprimirse un niño si lo tiene todo?, ¡pero si no tienen preocupaciones!, ¡ya me gustaría a mí estar en su lugar!, etc. La idea de que los niños son y deben ser felices está muy extendida entre la sabiduría popular. Lamentablemente los niños también sufren y aunque deberían ser felices en muchas ocasiones no lo son.

Las actitudes sobre la presencia de trastornos del humor en la edad infanto-juvenil, han ido evolucionando en el pensamiento psiquiátrico, desde la negación de su existencia antes de la adolescencia tardía, hasta su reconocimiento como entidad propia, incluso en edades tempranas.<sup>5</sup>

Aunque la Depresión Mayor es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa y a una mortalidad potencial, se infradiagnostica con frecuencia en niños y adolescentes. Aproximadamente dos tercios de los adolescentes con Depresión clínica no están reconocidos ni tratados.<sup>6</sup>

En una revisión sobre características clínicas, Epidemiología, etiología y tratamiento de la Depresión mayor en niños y adolescentes, enfatizamos la idea de que el primer paso para el manejo en Pediatría es su reconocimiento.<sup>7</sup>

<sup>5</sup>Cuervo Jaime. Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Mérida.Pag1.Foró Pediárico.

<sup>6</sup> CassidyLJ yJellinekMS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in primary pediatric care.Ped Clin N Am 1998;45 1037-1052.

<sup>7</sup> Cuervo Jaime. Op cit pag1.

### 3.1. Definición

La Depresión infantil puede definirse como un trastorno y no como un simple estado de ánimo de tristeza, que llega a interferir en las capacidades del niño y en su accionar, manifestando un conjunto de síntomas que por su cantidad, intensidad y duración, inciden en su desarrollo normal.

Poner atención a estos síntomas es muy importante, porque las consecuencias de una Depresión no tratada pueden ser muy graves, desde comportamientos autodestructivos hasta el extremo de una eventual conducta suicida.<sup>8</sup>

### 3.2. Epidemiología

Los porcentajes de Depresión detectados entre la población infantil son de hasta alrededor del 8-10%, de acuerdo a numerosas investigaciones, siendo mayor en adolescentes que en niños.<sup>9</sup>

Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar Depresión y efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años. Antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos. En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> <http://www.pediatraldia.cl/depresión.htm>

<sup>9</sup> Cuervo Jaime. Op cit pag 2.

<sup>10</sup> Unavezelescribio/www.tuotromedico.com epidemiologiasintomas. trastornos del estado de animo dsmiv .Pág.76 ; Pág. 84-90.Del Barrio 1997.

Pero realmente la aceptación de la existencia de la Depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados. Ya en el año 1975 la Depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.<sup>11</sup>

El psicólogo Bernabé Tierno, opina que los cambios en la vida familiar y social han provocado una alteración sustancial en las relaciones entre padres e hijos que influye en el aumento de la prevalencia de la Depresión Infantil. “La falta de tiempo de los padres, el estrés y los cambios en las relaciones sociales (cada vez se juega menos en la calle) han incrementado la soledad de los niños y eso repercute en la aparición de trastornos del comportamiento”, asegura Tierno.<sup>12</sup>

En la aparición de la Depresión también interviene un componente genético, ya que los antecedentes de trastornos mentales en los padres aumentan el riesgo de que lo desarrollen sus hijos.

Uno de los factores que influyen en la falta de detección de esta patología, según la Doctora Mardomingo<sup>13</sup>, es la escasa información sobre la misma entre los Médicos del primer nivel asistencial y Pediatras, así como el déficit de especialistas en Psiquiatría infantil. Insiste también en el importante papel que juegan los padres y educadores, personas que más contacto tienen con el niño, a la hora de detectar problemas psiquiátricos como la Depresión y derivarlos al especialista para que sean diagnosticados y tratados.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Ibid

<sup>12</sup> Ibid

<sup>13</sup> Mardomingo Sanz MJ. Características clínicas de los trastornos de ansiedad Rev Pedat prim 2001 3:61-71

<sup>14</sup> Ibid



### 3.3. Etiología

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la Depresión Infantil, así tenemos:<sup>15</sup>

- Conductual: A través de la ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño (Lazarus).
- Cognitivo: La existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas (Seligman).
- Psicodinámico: En relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz y Lein).
- Biológico: por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).
- Sociocultural: factores familiares que se asocian con Depresión incluyen Depresión parental, conflicto o divorcio, padres Militares Activos Ausentes, y muerte precoz de uno de los padres.

<sup>15</sup> American Academy of Child and adolescent psychiatry// [www.aacap.org](http://www.aacap.org). pag 1- 19 .American Psychiatric Association // [www.com](http://www.com)

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

Toda Depresión tiene unos factores endógenos (genéticos, bioquímicos) y unos factores exógenos (desencadenantes), y que todos ellos deben ser investigados y tratados en la medida de lo posible.

### **3.3.1 Bases biológicas de los trastornos depresivos<sup>16</sup>**

Desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la Imipramina, por Roland Kuhn en 1958, ha sido posible investigar las bases bioquímicas de los trastornos depresivos. Existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la Serotonina y/o las catecolaminas Noradrenalina y Dopamina.

La Depresión es una enfermedad orgánica. Muchos de sus síntomas son psíquicos, pero otros (astenia, trastornos del sueño, falta de concentración, etc.) afectan a la esfera física. Todas las depresiones, tienen un claro componente bioquímico cerebral.

En la tabla 1 exponemos los marcadores biológicos más frecuentes.

---

<sup>16</sup> Depresión en la infancia y en la adolescencia // [www.wikipeedia.com.org](http://www.wikipeedia.com.org). síntomas-hallazgos biológicos confirmación del diagnostico.

**Tabla 1. Hallazgos biológicos más importantes en Depresión<sup>17</sup>**

Prueba	Técnica	Valoración
DST	Supresión de cortisol con dexametasona. Administración de 1 mg de dexametasona a las 23 horas. Valoración a las 16 horas del siguiente día.	Cifras superiores a 5 mg/dl expresan no supresión de cortisol. Positivo en cuanto a Depresión mayor. Índice de buena respuesta al tratamiento biológico.
GH (Hormona del crecimiento)	Inducir secreción de hormona del crecimiento mediante hipoglucemia (insulina) o clonidina.	Respuesta pobre es índice de Depresión.
Estimulación con TRH	Inyección i.v. de 500 mg de TRH (hormona liberadora de tirotrófina) que produce un aumento de la LH sérica.	Menos de 7 m UL/ml de aumento sobre el valor inicial: respuesta débil que se asocia a Depresión.
Determinación de metabolitos de catecolaminas en LCR u orina	5-HIAA, en LCR  5-HIAA (ácido 5-hidroxi indol acético), HVA (ácido homovanílico) y MHPG (metoxi 4 fenil etilen glicol) en orina.	5-HIAA bajo en LCR se asocia a conducta violenta o Depresión con ideas graves de suicidio.  Metabolitos bajos en orina (especialmente MHPG) se interpretan como signo de Depresión.
Polisomnigrafía	EEG, ECG, EMG, expansión torácica, saturación de oxígeno, movimiento corporal, temperatura corporal, RGC (respuesta galvánica cutánea).	Hiposomnias (85% de pacientes)  Disminución del sueño de onda lenta (delta) y estadios 3 y 4 del sueño más cortos.  Tiempo de latencia de los REM acortado.  Proporción de REM en la primera parte de la noche aumentada.  Mayor densidad de REM total.

En comparación con los hombres, las mujeres tienen niveles más altos de monoaminoxidasa (la enzima que metaboliza los neurotransmisores, considerada importante para el estado de ánimo). Por otro lado, en mujeres es más frecuente que se den alteraciones de la función tiroidea.

<sup>17</sup> Depresión en la infancia y en la adolescencia // [www.wikeepedia.com.org](http://www.wikeepedia.com.org). síntomas-hallazgos biológicos confirmación del diagnostico.

### 3.4. Sospecha Clínica

La familia es el entorno más inmediato del niño, es su microcosmos, y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde el nacimiento hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se identifican mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la Depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de Depresión infantil. Así mismo la Depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una Depresión en el niño.

Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la Depresión.<sup>18</sup>

Se debe considerar el posible diagnóstico de Depresión ante cualquier trastorno de conducta o de aprendizaje de aparición rápida y que signifique un cambio importante en la forma de actuar del niño. Por ejemplo: malas notas en un niño que siempre había sido buen estudiante, agresividad en quien era pacífico, ansiedad en quien era plácido.

---

<sup>18</sup> Alva, j. La enfermedad como instrumento de manipulación. Quinto congreso nacional de Psiquiatría. Lima 13-16 abril, pp 2342-235, 19

Es preciso interrogar acerca del estado de ánimo (depresivo y/o irritable), y acerca de la capacidad para disfrutar. Son los dos síntomas principales de la Depresión. También falta de concentración, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), trastornos del apetito y del peso (anorexia o bulimia), sensación de incapacidad, ideas de muerte, cansancio (sobre todo matinal).

Ante la sospecha de Depresión, se deben comprobar los signos depresivos y/o efectuar pruebas concretas para diagnosticar la Depresión (Remitir a psicoterapia y realizar pruebas especiales).

Con estas exploraciones, y una amplia lista de posibles síntomas (Tabla 2), tenemos ya caracterizado el caso y disponemos de una serie de parámetros objetivos para ir midiendo a lo largo del proceso y comprobar fidedignamente la mejoría o empeoramiento. Como ayuda diagnóstica nos basaremos en una Historia Clínica detallada, tratando de identificar los factores de riesgo.

La experiencia del Médico Clínico es fundamental para poder llegar a un diagnóstico acertado, sobretodo cuando se acompaña de signos persistentes de funcionamiento alterado como: trastornos del sueño, apetito, nivel de energía, o capacidad para concentrarse, disminución de la autoestima, incapacidad para experimentar alegría de las actividades normalmente agradables, tendencia al llanto, irritabilidad, agitación o apatía.<sup>19</sup>

Aunque la presentación sintomática de la Depresión Mayor en niños y adolescentes se parece a la observada en el adulto, el proceso diagnóstico puede variar. Así aparte de la exploración directa, prestaremos especial atención a la información aportada por las personas que los cuidan, principalmente padres y profesores. Un niño puede presentar menor conciencia de su propio malestar y puede hacer que la Depresión se diagnostique con dificultad.

---

<sup>19</sup> The Merck manual of medical. information. home edition. Simon and Schusters, inc: 2000. American Academy of child and adolescent psychiatry // www . aacap.org.

Aunque los niños y adolescentes pueden reconocer o darse cuenta que tienen mal humor y se irritan con facilidad, estos niños y adolescentes no se consideran a sí mismos como depresivos. En este sentido la evaluación diagnóstica es más difícil a medida que disminuye la edad, los niños pequeños tienen más dificultades para reconocer y entender el significado de sus síntomas, así como para comunicar sus experiencias emocionales y psicológicas a los otros.

La frecuencia de los síntomas puede variar en función de la edad, así la expresión de tristeza, las quejas somáticas, la hiperactividad, la ansiedad de separación y las fobias, son más frecuentes en los niños; en los adolescentes la hipersomnia, las alteraciones en el peso y el consumo de tóxicos son más frecuentes(Ver tabla 2).<sup>20</sup>

### 3.4.1. Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor

Deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios, durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el primero y el segundo de la siguiente lista:<sup>21</sup> (extraído del DSM-IV)

- Estado de ánimo deprimido o irritable.
- Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales.
- Pérdida o aumento significativo de peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa.

<sup>20</sup> Cuervo Jaime. Op cit. Pag 4.

<sup>21</sup> Cornellá J y Llusent A. Diagnóstico de la depresión .29 curso de Pediatría Extrahospitalaria.Nuevos retos para el Pediatra.241-251.2002.

- Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse (“me bloqueo, me quedo en blanco”).
- Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida.

Los expertos en el tema de Depresión Infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos (Tabla 2), además de los especificados para los criterios diagnósticos: llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia, desesperanza. La Depresión en los niños y adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso y debe estar acompañado de un malestar y deterioro significativos y no ser el resultado de cualquier condición pediátrica o de los efectos de alguna medicación o droga.<sup>22</sup> El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, postura alicaída, evitando mirar a los ojos y hablando con monosílabos o callado. En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido, desvitalizado y mortecino.

<sup>22</sup> Findling RL; Reed MD y Blumer JL. Pharmacological Treatment of depression in Children and adolescents. 1999.1:161-182.

**Tabla 2. Síntomas de la Depresión Infantil Según la Edad**

Edad	Síntomas
Inferior a 7 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto inmotivado</li> <li>• Quejas somáticas</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Detenciones del desarrollo</li> <li>• Cambios en el comportamiento escolar</li> <li>• Enuresis/Encopresis</li> <li>• Pensamiento de Muerte</li> <li>• Trastorno del apetito</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Trastornos del sueño</li> </ul>
7 años a edad puberal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas somáticas</li> <li>• Dificultades en el ajuste</li> <li>• Retraimiento Social. Falta de interés por hacer amigos nuevos o conservar antiguos</li> <li>• Agitación psicomotriz y ansiedad (no reactivas a nada en concreto).</li> <li>• Agresividad.</li> <li>• Apatía y tristeza. Sensación de "aburrimiento"</li> <li>• Desinterés por el aseo personal</li> <li>• Sensación de "estar superado por las exigencias".</li> <li>• Falta de concentración.</li> <li>• Bajo rendimiento escolar. Problemas importantes de desadaptación escolar.</li> <li>• Trastornos de hábitos alimentarios.</li> <li>• Trastornos del sueño. Cambios en los hábitos de sueño.</li> <li>• Astenia y fatiga o pérdida de energía.</li> <li>• Trastornos del apetito.</li> <li>• Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad.</li> <li>• Indecisión.</li> <li>• Ideas o conductas obsesivas.</li> <li>• Ideas de muerte recurrentes (no necesariamente ideas de suicidio).</li> <li>• Preguntas angustiadas acerca del más allá.</li> </ul>
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mismos síntomas que en la edad prepuberal.</li> <li>• Conducta negativista o claramente antisocial.</li> <li>• Hurtos.</li> <li>• Agresividad.</li> <li>• Consumo de alcohol y/o drogas.</li> <li>• Deseos de marchar de casa.</li> <li>• Sentimiento de no ser comprendido (alienación)</li> <li>• Malhumor e irritabilidad.</li> <li>• Desinterés por el aseo personal.</li> <li>• Dificultades escolares.</li> <li>• Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas.</li> <li>• Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.</li> <li>• Desinterés por cosas que antes le atraían.</li> </ul>



Para estos pacientes, ser capaz de volver a llorar representa un signo de mejoría.<sup>23</sup>

El diagnóstico se basa en el conjunto de síntomas y signos antes descritos, que conviene descartar en todos los pacientes, sobre todo en los que dicen no necesitar tratamiento o se niegan a colaborar para realizar pruebas diagnósticas o terapéuticas.

No hay hallazgos de laboratorio patognomónicos de los trastornos del estado de ánimo. En medios académicos a veces se utilizan pruebas de disfunción límbico-diencefálica, como la prueba de estimulación de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), la prueba de supresión de dexametasona (PSD) y el EEG durante el sueño para registro de latencia de movimientos rápidos de los ojos (REM)<sup>24</sup>

### 3.4.1. Escalas de Evaluación

Como ayuda diagnóstica nos basaremos en una Historia Clínica detallada, tratando de identificar los factores de riesgo.

El uso de escalas de evaluación estandarizadas puede ayudarnos en el diagnóstico. Las escalas de evaluación de la Depresión tienen el objetivo de establecer una cuantificación psicométrica estandarizada y bien controlada de determinadas conductas manifiestas o intrapsíquicas. Su mayor aplicación en la clínica está en la comprobación de las modificaciones del cuadro clínico a través de la observación del curso evolutivo de un determinado enfermo. Como siempre, el resultado de la valoración de las distintas escalas nunca debe sustituir al juicio

<sup>23</sup> Lobo, Garcia-Campoyo,j.Campos,r.Marcos,g.,Perez- Echeverria , maj, y el gmppz. "somatisation in primary care in Spain: estimates of prevalence and clinical characteristics" in br.j. psychiatry,no 168; 1996:344

<sup>24</sup> Depresión en la infancia y en la adolescencia // www. wikipedia.com.org. síntomas-hallazgos biológicos confirmación del diagnóstico.

del clínico, sino ser consideradas como elementos de ayuda para el diagnóstico y constatar la evolución del paciente. Las más utilizadas en la Depresión del niño y del adolescente son las siguientes:

**El inventario de Depresión de Niños (CDI):** es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos. El CDI tiene validez aceptable.<sup>25</sup>

**Inventario de Depresión de Beck (BDI):** Es la medida de autoinforme de la Depresión más extendida y utilizada. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples:

Valoración:

0-13.....No deprimidos.

14-19.....Ligeramente deprimidos.

20-28.....Moderadamente deprimidos.

29-63.....Gravemente deprimidos.

El BDI ha sido ampliamente estudiada y se considera un instrumento válido.<sup>26</sup>

**Escala de valoración de Hamilton para la Depresión:** La valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en su utilización. Se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva.<sup>27</sup>

**Escala autoaplicada para la Depresión:** Ha sido uno de los instrumentos de auto-informe más utilizados en los campos Médicos y Psiquiátricos. Es sencilla de

---

<sup>25</sup> Cassidy LJ y Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in primary pediatric care. Ped Clin N Am 1998;45 1037-1052.

<sup>26</sup> Beasley PJ y Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. Adolescent Medicine. 1998;9:351-362

<sup>27</sup> Cuervo Jaime. Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Mérida. Pag8. Foro Pediátrico

manejar y puntuar. Los sujetos deben responder a 20 ítems. La escala está equilibrada: la mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos.<sup>28</sup>

### 3.4.2. Diagnóstico diferencial

Es siempre importante descartar:

- Trastornos orgánicos, como una enfermedad viral (Mononucleosis), Hipotiroidismo, deficiencias nutricionales y enfermedad sistémica crónica (Anemia, LES).<sup>29</sup>
- Abuso de sustancias, que no sólo imitan la Depresión, sino que pueden enmascarar adicionalmente los síntomas de la Depresión cuando un adolescente intenta auto-medicarse los síntomas de la Depresión.<sup>30</sup>
- Otros trastornos psiquiátricos
  - La ansiedad por separación y la Depresión mayor tienen en común los antecedentes familiares de Depresión y alcoholismo, las crisis de pánico asociadas y las quejas somáticas, lo cual hace más difícil el diagnóstico diferencial.<sup>31</sup>
  - La esquizofrenia de inicio precoz suele debutar con mayor sintomatología negativa que en el adulto, lo que puede confundirse con un Trastorno Depresivo inicialmente. Los antecedentes familiares pueden ayudar a orientar el diagnóstico.
  - La baja autoestima secundaria a discapacidades aprendidas imitan los síntomas de la Depresión clínica.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Findling RL; Reed MD y Blumer JL. Pharmacological Treatment of depression in Children and adolescents. 1999;1:161-182.

<sup>30</sup> Ibid

<sup>31</sup> Beasley PJ y Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. Adolescent Medicine. 1998;9:351-362

<sup>32</sup> Mardomingo Sanz MJ.

○ El Trastorno Somatomorfo: los dolores abdominales y las cefaleas forman parte del trastorno de dolor somatomorfo. Ocurre en asociación con algún conflicto emocional o con problemas psicosociales que son suficientes para llegar a la conclusión de que tienen una influencia etiológica. La condición es, sin embargo, excluir que el dolor sea parte de un Trastorno Depresivo.<sup>33</sup>

A parte de la comorbilidad psiquiátrica, la Depresión mayor se puede complicar con alteraciones en diferentes aspectos del funcionamiento. Cuando aparece un episodio depresivo mayor en un niño se suele asociar a una importante afectación funcional, conflictiva intrafamiliar, problemas con otras relaciones personales, y disminución en el rendimiento académico.

De gran importancia es la relación con el suicidio. La presencia de un episodio depresivo mayor es un importante factor de riesgo de suicidio.<sup>34</sup>

### 3.5. Abordaje Inicial

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.

Se efectúa en una primera fase, de forma clínica. Es preciso profundizar en la entrevista con el niño planteándole preguntas acerca de su estado de ánimo y de los síntomas depresivos más relevantes.

---

<sup>33</sup> Garralda ME. Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. J Child Psychol 1999;40:1159-1167.

<sup>34</sup> Cuervo Jaime. Op cit. Pag8.

**Educación:** El adolescente y sus padres deben ser educados sobre la Depresión, explicándoles que es una condición biológica y que no está bajo el control del adolescente, así como de la importancia de la nutrición, el sueño y el ejercicio.<sup>35</sup> adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentre el Alecciona a los padres acerca de la Depresión, de su "endogeneidad" y de la imposibilidad de animar al depresivo con buenas palabras o de incitarle a que se divierta o a que trabaje. Insista en el empleo de tácticas para evitar los sentimientos de culpa.<sup>36</sup>

**Apoyo y tranquilidad:** El desinterés, en combinación con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual conduce al empeoramiento de la Depresión, así como al desarrollo de trastornos concomitantes como la fobia al colegio.

**Intervenciones en el colegio.** Las modificaciones de las actividades relacionadas en el colegio se deberían dirigir a la ayuda al adolescente para que experimente éxito e incluir reducción temporal de la carga de trabajo y disminución del número de horas en el colegio.<sup>37</sup> distorsiones contribuyen a su Depresión y pueden identificarse y tratarse con

**Psicoterapia.** Las intervenciones psicológicas son una parte integral del tratamiento de la Depresión en los adolescentes.<sup>38</sup> aun no han desarrollado las habilidades cognitivas necesarias para participar en esta forma de tratamiento.

• **Conductual:** se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.

---

<sup>35</sup>Beasley PJ y Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. Adolescent Medicine. 1998:9351-362

<sup>36</sup> Ibid

<sup>37</sup> Ibid

<sup>38</sup> Ibid

### 3.6. Tratamiento

El tratamiento de la Depresión Infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, basándose en su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar).

El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento<sup>39</sup>

#### 3.6.1. El tratamiento en Fase Aguda

##### Terapias Psicológicas más utilizadas<sup>40</sup>

- **Cognitivo-Conductual:** Se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su Depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica. Su objetivo es reemplazar las distorsiones cognitivas con creencias más saludables. Es de uso limitado en adolescentes, ya que ellos aún no han desarrollado las habilidades cognitivas necesarias para participar en esta forma de tratamiento.
- **Conductual:** se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.

<sup>39</sup> Dr. Hernandez Eduardo .La Depresión Infantil Quinta Ed. CAPII. Pag190-210.

<sup>40</sup> Ibid

- **Psicoterapia individual:** Ayuda al paciente a desarrollar habilidades de resolución de problemas interpersonales
- **Terapia de grupo:** La terapia de grupo promueve el desarrollo de habilidades sociales y es útil para reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.
- **Intervenciones familiares:** Las intervenciones familiares son parte integral del tratamiento de la Depresión en niños y adolescentes.

El médico debería determinar el nivel premórbido del funcionamiento familiar, el impacto que la Depresión del adolescente ha tenido en la familia y como han respondido los miembros de la familia a este factor estresante.

Las acciones psicológicas a emprender son muy sucintas, y se basan, ante todo, en favorecer la aceptación por parte del niño y del adolescente de lo "pasajero" de su estado psicopatológico. Es importante que el niño depresivo se sienta comprendido, aunque él mismo no llegue a comprenderse del todo. No es imprescindible una acción psicoterapéutica individual, salvo discreto abordaje comprensivo y de apoyo. Mucho más importante es la acción familiar. Si esta acción familiar se realiza en forma correcta, no será necesario ningún tipo de acción psicológica directa (psicoterapia) sobre el niño. Quizá sí sea necesaria una acción psicológica directa sobre los padres. Ya hemos comentado que el manejo de una situación de este tipo requiere la puesta en marcha de toda una serie de normas y modificaciones, al tiempo que precisa de mucha paciencia y un espíritu templado<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Dr. Hernandez Eduardo Op cit.Pag190-210.

### 3.6.1.1 Tratamiento Psicofarmacológico

Existen relativamente, por el momento, pocos estudios sobre el uso de fármacos en niños y adolescentes deprimidos, a pesar de los datos de prevalencia y morbilidad de este trastorno en la edad infanto-juvenil.

Pero cuando asumimos el tratamiento farmacológico de un episodio depresivo mayor en un niño o adolescente y prescribimos antidepresivos, debemos valorar el cociente riesgo/beneficio dada la potencial gravedad de la naturaleza de la enfermedad.

La aparición de nuevos antidepresivos, principalmente, los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS), con un perfil de tolerabilidad y de seguridad mayor frente a los antidepresivos clásicos, como los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la MAO (IMAO), que nunca se deben utilizar en Pediatría, ha permitido la ampliación del uso clínico y la investigación del tratamiento psicofarmacológico en la Depresión pediátrica.

La proliferación de estos nuevos antidepresivos con un margen más amplio de seguridad ha conducido al incremento del uso de estos agentes entre los niños y los adolescentes, no sólo para los trastornos afectivos sino también para trastorno de ansiedad y trastornos del comportamiento entre otros.

Es importante discutir los efectos colaterales sexuales con los adolescentes. La mayoría de los antidepresivos causan disfunción sexual como la disfunción eréctil, anorgasmia y disminución de la libido en hombres y mujeres.<sup>42</sup> Pero con relación a estos efectos, no todo es malo. También se observa control de la eyaculación precoz que es algo que motiva al adolescente.

<sup>42</sup> Ambrosini PJ. A review of Pharmacotherapy of major depression in children and adolescents. 2000;51:627-633



El establecimiento repentino de tales efectos colaterales sexuales puede alterar la alianza entre el paciente y el médico. Por lo tanto, es importante notificar a los adolescentes la posibilidad de tales efectos colaterales. A los padres, se les debe informar sobre todos los otros posibles efectos colaterales que pueden llegar a tener los medicamentos utilizados por Psiquiatría Infantil para el tratamiento de su hijo (cardiotoxicidad, hepatotoxicidad, síntomas gastrointestinales, etc.).

**Cuando esté ante un caso grave de Depresión Mayor, mejor remita inmediatamente a Psiquiatría Infantil. Si se encuentra lejos de un centro de tercer nivel, inicie el tratamiento como se le indica en este apartado y remita tan pronto como sea posible.**

¿CUÁL ES LA FORMA DE EMPLEAR ANTIDEPRESIVOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA?

DOSIS: Fluoxetina, dosis entre 10 y 20 mg/día pueden ser útiles durante todo el tratamiento.<sup>43</sup>

La Clorimipramina no es recomendada, según nos indica el Dr. Walter Pontón, Psiquiatra Infantil de las FFMM. Los antidepresivos tricíclicos pueden aumentar el riesgo de suicidio por lo cual no se debe exponer al paciente a tal efecto.

Un primer episodio depresivo debe tratarse durante unos 6 meses, no dudando en alargar este tiempo a unos 18 meses en el caso de una Depresión grave o de un segundo episodio.

---

<sup>43</sup> The Merck manual of medical. information. home edition. Simon and Schusters, inc: 2000. American Academy of child and adolescent psychiatry // www . aacap.org.

Es aconsejable emplear monoterapia, y esperar 3-6 semanas para evaluar la respuesta clínica.

**Debe prevenirse a la familia acerca de los siguientes puntos:**

- Los primeros días hay efectos secundarios anticolinérgicos que irán minimizándose a lo largo del tratamiento en casi todos los casos.
- Si los primeros días aparece somnolencia, se interpreta como signo de buen pronóstico (los antidepresivos no dan somnolencia en personas no depresivas).
- El efecto terapéutico suele tardar entre 2-3 semanas, aunque podemos observar mejoría desde el primer día. Debemos entonces notar los primeros signos de mejoría: se atenúan los signos y síntomas que habían sido la expresión del Trastorno Depresivo. En 6 semanas debemos llegar a una mejoría clara, pero aún inestables (con días de empeoramiento y/o altibajos). Hacia las 12 semanas deberíamos obtener una mejoría estable. En caso de no ser así, sería necesario rehacer la estrategia:
  - Si no hay respuesta alguna: Remitir urgente al servicio de Salud Mental. Reiniciar el proceso.
  - Si la respuesta terapéutica es parcialmente favorable: Controlar niveles plasmáticos para reajustar la dosis. Aumentar dosis. Cambiar familia de antidepresivos. Combinar dos o más Antidepresivos, que puede ser realizado solo por el experto en Psiquiatría Infantil.

Una vez instaurada la mejoría, es conveniente mantener dosis terapéuticas durante un plazo de 6 meses, para bajarlas luego en el plazo de uno a dos meses más.<sup>44</sup> En caso de recaída, se reinicia y se maneja por 24 meses. Si hay historia familiar de Depresión, se puede utilizar el medicamento que le ha servido a la familia.

---

<sup>44</sup> Ibid

## COMO USAR LA FLUOXETINA EN LA INFANCIA

Desde el primer día emplearemos dosis de 10-20 mg, que aumentaremos a 40 mg (en una sola dosis matinal) en el caso de no haber suficiente respuesta terapéutica en unas tres semanas. Un 70 % de casos responden con 20 mg, llegando al 80 % la cifra de respondientes con 40 mg/día. No hay evidencias de que aumentar las dosis produzca mejores efectos (salvo en el caso de bulimias).

Un detalle: las cápsulas comerciales de fluoxetina contienen 20 mg.

Es factible disolver el polvo en zumo, con lo que podemos fraccionar la dosis.

El vaso con el resto de la solución debe guardarse en la nevera hasta su empleo al siguiente día.

### 3.6.2. El Tratamiento en Fase de Mantenimiento

Este va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento, que requiere de control periódico.

Aparece generalmente en la edad preescolar, cuando las conductas observadas que se deben a la omnipotencia infantil y su baja tolerancia a la frustración, como las pataletas, oposición a la autoridad y comportamiento destructivo son frecuentes y tienden a disminuir y desaparecer con el tiempo.

Si no desaparecen y persisten en la edad escolar y además se acompañan de mentiras y disfuncionalidad en todas las áreas, se debe considerar el diagnóstico

de Trastorno Oposicional Desafiante" (ya se puede arguir un trastorno de conducta con esto).

#### 4. TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE

Toda sociedad se constituye con el desarrollo de sus individuos y este desarrollo se da en la familia mediante el proceso de crianza. Cada núcleo familiar debe tener una base de pautas de crianza para el desarrollo integral de sus hijos. En algunos de nuestros hogares militares se dificulta un poco el cumplimiento de estas pautas de crianza, al estar ausente uno de los padres, o los dos, implicando un traumatismo en el manejo de la autoridad y la imposición de normas. Pero si no se practican en forma clara y concisa, se empezaran a presentar diversos desordenes a nivel de comportamiento. Uno de ellos es el Trastorno Oposicional Desafiante que continua predominando en la población infanto-juvenil, ya que ha generado gran interés en los últimos años por el alto grado de compromiso que adquiere en nuestra sociedad al ser estadísticamente relevante en la situación de las familias objeto de nuestro estudio.

Jeran a si mismo negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias y circunstancias no razonables."

##### 4.1. Definición

La angustia y la preocupación que los niños y adolescentes con este trastorno  
Es un trastorno del comportamiento cuya característica esencial es un patrón negativista, desobediente y hostil dirigido a figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses.

##### 4.2. Epidemiología

Aparece generalmente en la edad preescolar, cuando las conductas observadas que se deben a la omnipotencia infantil y su baja tolerancia a la frustración, como las pataletas, oposición a la autoridad y comportamiento destructivo son frecuentes y tienden a disminuir y desaparecer con el tiempo.

Si no desaparecen y persisten en la edad escolar y además se acompañan de mentiras y disfuncionalidad en todas las áreas, se debe considerar el diagnóstico

de Trastorno Oposicional Desafiante.<sup>45</sup> ( ya se puede argüir un trastorno de conducta con estas condiciones). Estos comportamientos se expresan por resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a otros compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente. El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser mas evidentes en las interacciones con los adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien y por lo tanto puede no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a si mismo negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una repuesta a exigencias o circunstancias no razonables.<sup>46</sup>

La angustia y la preocupación que los niños y adolescentes con este trastorno provocan en los demás son mayores que las que ellos mismos experimentan.

## 4.2. Epidemiología

Se han hallado datos de prevalencia del Trastorno Oposicional Desafiante situadas entre el 2 y 16 % en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación.<sup>47</sup>

<sup>45</sup>Dr. Roberto Chaskel, Cols Temas de Psicología Evolutiva y Psiquiatría infantil.. 2006. pg143-151

<sup>46</sup>Barkley R. Commentary; issues in training parents to manage children with behaviour problems.2002

<sup>47</sup>American Academy for child and adolescent Psychiatry <http://www.aacap.org>

Según datos de la prevalencia por edad se considera que aumenta desde la mitad de la niñez hasta la adolescencia donde tiene su máxima expresión. En niños es más frecuente en el sexo masculino pero en la adolescencia es más frecuente en niñas.

Se destaca la mayor incidencia de trastornos conductuales en familias de hijos únicos quizás por el patrón de crianza sin imposición de límites claros e inexperiencia de sus padres.<sup>48</sup>

### 4.3. Etiología

No se conoce la causa precisa del trastorno.

Al igual que otros trastornos psiquiátricos, es el resultado de la combinación de factores etiológicos incluyendo los genéticos, biológicos, constitucionales, sociales, familiares y mecanismos psicológicos. Los niños pueden heredar desequilibrios químicos cerebrales que los predisponen a padecer de este trastorno.

Existen **2 teorías principales** para explicar el desarrollo de este trastorno:

Una teoría del desarrollo, sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y tres años de edad. Los niños y adolescentes que desarrollan este trastorno pueden encontrar dificultades para aprender a separarse y volverse autónomos de la primera persona a la cual se encuentran ligados emocionalmente.

---

<sup>48</sup> Dr. Roberto Chaskel, Cols Op cit. pg143-151

Las malas actitudes características se consideran una continuación de los escalones normales del desarrollo, que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida.

Una teoría del aprendizaje sugiere sin embargo que las características negativas de estos niños, son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y figuras de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres, incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño, que de este modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción deseados con los padres o figuras de autoridad.<sup>49</sup>

#### **4.3.1 Bases Biológicas del Trastorno Oposicional Desafiante<sup>50</sup>**

Estudios con imagenología revelan disminución del metabolismo de la glucosa asociada con altos niveles de agresión.

Los trastornos en las regiones orbitofrontales y amígdala se correlacionan con déficit en la interpretación de normas sociales. Según Gray, hay disfunción del sistema septo-hipocámpico modulado por fibras noradrenérgicas provenientes del locus ceruleus y de las serotoninérgicas provenientes del núcleo del rapé, a su vez conectado con la corteza prefrontal, que no ejerce su función inhibitoria.

Los niveles de los neurotransmisores como la serotonina y su metabolito el ácido 5-hidroxi-indolacético están disminuidos en el líquido cefalorraquídeo así como el nivel de dopamina- $\alpha$ -hidroxilasa, encargada de transformar la dopamina en noradrenalina. Estos pacientes presentan una respuesta fisiológica deficiente a

---

<sup>49</sup> Santamaría S. Teorías del desarrollo. Universidad José María Vargas. Caracas. 1997.

<sup>50</sup> Burke J, Loeber B and Birmaher B. Oppositional Defiant Disorder and conduct Disorder. 2002 41;11 1275-1289.

estímulos aversivos y menor capacidad para aprender a inhibir la agresividad. Se ha visto correlación entre la disregulación noradrenérgica y búsqueda de sensaciones intensas y conductas disruptivas. La disminución de cortisol en saliva se ha asociado con Trastorno Oposicional Desafiante y con la persistencia de conductas agresivas, especialmente en adolescentes.

El temperamento regulado biológicamente, desarrollo de vínculos inseguros evitativos, coercitivos, sobreprotectores y menos afectuosos, disfunciones neuropsicológicas como déficit de habilidad verbal, impulsividad y desinhibición comportamental, pobres habilidades sociales y trastornos en los procesos de maduración cerebral.

#### **4.3.2. Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo para padecer este trastorno incluyen: <sup>51</sup>

- Carencia de reglas claras y consistentes en el hogar, así como una disciplina coherente con estas normas.
- Modelos paternos o fraternales agresivos
- Violencia percibida, sufrida o perpetrada
- Falta de monitoreo de los hijos.
- Situación del núcleo familiar “padres militares activos ausentes”
- Un pariente con desórdenes en el estado de ánimo, la conducta, atención deficiente o que abuse de ciertas sustancias.

---

<sup>51</sup> *The Merck Manual of Medical Information, Home Edition.* Simon and Schuster, Inc.; 2000.



- Conflictos matrimoniales.
- Abuso infantil.
- Atención inconsistente de los padres.
- Situación socioeconómica baja.
- Baja autoestima.

#### 4.4. Sospecha Clínica

Los niños desde los 2 ó 3 años suelen mostrar un comportamiento caracterizado por su terquedad, oposición a los padres y maestros, que suele ser más evidente en la adolescencia. Este comportamiento en sí mismo no presenta ningún tipo de anormalidad, si además se establecen pautas de crianza adecuadas. Sin embargo, cuando estos síntomas se hacen más frecuentes, repetitivos y se convierten en un comportamiento agresivo hacia los demás, influyendo en su vida familiar, escolar y social, entonces se debe pensar que se está ante un posible trastorno oposicional desafiante.

Los padres, maestros y otras personas figuras de autoridad del entorno, suelen identificar al niño o adolescente que tiene este trastorno. No obstante, un psiquiatra infantil o un profesional de la salud calificado, normalmente lo diagnostica. Una historia detallada del comportamiento del niño y, algunas veces, una valoración psicológica contribuyen a realizar el diagnóstico. Los padres que advierten síntomas en sus hijos pueden ayudar procurando una evaluación y tratamientos tempranos, que llevan a prevenir a menudo problemas futuros<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> Ibid. *Journal of Medical Information, Home Edition, Simon and Schuster, Inc., 2000.*

#### 4.4.1 Síntomas y Trastornos Asociados

La mayoría de los síntomas observados en niños y adolescentes que tienen el trastorno, también se observan en niños que no lo padecen, especialmente alrededor de los 2 o 3 años de edad o durante la adolescencia. Muchos niños especialmente cuando están cansados, con hambre o disgustados, tienden a desobedecer, discutir con sus padres y desafiar la autoridad. Sin embargo, en los niños que tienen el trastorno, estos síntomas ocurren más frecuentemente e interfieren con el aprendizaje, la adaptación en la escuela y algunas veces, con las relaciones del niño con los demás.

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad del sujeto y la gravedad del trastorno. Se ha observado que en los varones el trastorno es más frecuente, entre quienes en los años escolares, se nota un temperamento problemático o una gran actividad motora.<sup>53</sup>

Durante los años escolares puede haber baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, y aún más cuando su núcleo familiar no está completo, teniendo solo una figura de autoridad permanente que en algunas ocasiones es desautorizada por el padre ausente que vino de visita.

Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el niño pongan de manifiesto lo peor de cada uno.

Este trastorno es más frecuente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las

<sup>53</sup> The Merck Manual of Medical Information, Home Edition. Simon and Schuster, Inc.; 2000.

prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes.<sup>54</sup> Estos niños utilizan palabras soeces y pueden iniciar un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales.

El trastorno por déficit de atención por hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante. Se estima que el 50% de los niños con Trastorno Oposicional Desafiante presentan TDAH. Los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación también tienden asociarse a este trastorno.<sup>55</sup>

#### 4.4.2. Criterios Diagnósticos

- Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presente cuatro o más de los siguientes comportamientos:<sup>56</sup>
  - A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
  - Mantiene excesivas discusiones con los adultos.
  - Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos, los desafía o rehúsa a cumplir sus demandas.
  - Cuestiona las reglas constantemente; se niega a obedecerlas.
  - Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos.
  - Culpa a otras personas por su mal comportamiento y errores.
  - Los demás le causan fastidio con facilidad.
  - Tiene una actitud de enojo con frecuencia.
  - Habla con severidad o poca amabilidad.
  - Es rencoroso o vengativo.

<sup>54</sup> American Academy for child and adolescent psychiatry. <http://www.aacap.org.publicationsfacts>. July 2003.

<sup>55</sup> Temas de Psicología Evolutiva y Psiquiatría infantil. Dr. Roberto Chaskel, Cols. 2006. pg143-151

<sup>56</sup> Ibid

- El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad familiar, social y académica.
- Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en un trastorno del estado de ánimo.
- No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los del trastorno antisocial de la personalidad.

El número de síntomas suele incrementarse con la edad. El trastorno es más frecuente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde tendiendo a ser mayor en niñas adolescentes. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes.

#### 4.3 Abordaje inicial

Suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa el trastorno constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial<sup>57</sup>.

abordaje inicial más utilizada en la actualidad. Trabaja con la terapia cognitiva conductual buscando modificar las deficiencias cognitivas en cuanto a habilidades de comunicación y resolución de problemas, control de impulsos.

#### 4.4.3 Patrón Familiar

Este trastorno parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno de estado de ánimo, negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención por hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias.

<sup>57</sup> Ibid

Además algunos estudios sugieren que las madres con trastornos depresivos cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista, si bien no está claro en que medida la Depresión materna es el resultado de comportamiento negativista de los niños o su causa. Cabe anotar que en familias de padres Militares Activos Ausentes en las que uno de los padres está siempre lejos a causa de su trabajo, el padre presente puede presentar disturbios emocionales a causa de la misma situación, conllevando a la presentación del trastorno en sus hijos.

El trastorno negativista es más frecuente en familias donde existe conflictos conyugales graves.

#### 4.5 Abordaje Inicial<sup>58</sup>

El abordaje inicial del Trastorno Oposicional Desafiante, será determinado según la edad del niño, su estado general de salud, sus antecedentes médicos, la gravedad de los síntomas, la tolerancia del niño a medicamentos y/o terapias, y las expectativas para la evolución del trastorno.

La Intervención multimodal es la forma de abordaje inicial más utilizada en la actualidad. Trabaja con la terapia cognitiva comportamental buscando modificar las deficiencias cognitivas en cuanto a habilidades de comunicación y resolución de problemas, control de impulsos y rabia.

Enseña que la agresión no es una respuesta aceptada. Busca entrenar a padres y maestros y valora si hay psicopatología en alguno de los padres que requiera intervención por el especialista.

---

<sup>58</sup>Dr. Roberto Chaskel Cols Op cit pg 143-151.

Confirma que los padres mejoren sus capacidades de educación de sus hijos y enseña la dinámica de las situaciones, que llevan a conductas negativistas y desafiantes.

Enseña como tratar a los hijos de una forma neutra y no emocional, que pudiera generar castigo físico que nunca es necesario y mejor utilizar el premio-castigo sin inconsistencias.

**Entrenamiento para Padres** para ayudar a los padres a controlar el comportamiento de su hijo, existen técnicas que les permiten un mejor manejo de las situaciones, como lo sugiere Russell Barkley en su manual para el **Manejo de los niños desafiantes**:<sup>59</sup>

- Es necesario prestar atención a las actividades que realiza el niño para aumentar el cumplimiento de mandatos, peticiones, y conductas positivas.
- Se recomienda escoger cada día un "Tiempo Especial" para estar juntos, permitirle seleccionar una actividad que le guste. Pueden utilizarse frases de refuerzo verbal o señales no verbales de aprobación.
- Prestarle atención cada vez que obedezca y retroalimentarlo inmediatamente.
- Utilizar periodos para el adiestramiento de la obediencia.
- Cambiar la manera en que se dan las ordenes, mostrándolas como mandato y no como pregunta o favor, asegurarse de que el niño preste atención y entienda lo que se le pidió y evitar distractores como la televisión o videojuegos.
- Si los elogios no son suficientes, pueden establecerse programas de fichas para los niños de 4 y 7 años o de puntos para los mayores de 8 y explicarle

---

<sup>59</sup> Barkley R. Defiant children: a clinicians manual for assessment and parent training. The Guilford Press. 1997.

que ganará cosas y privilegios agradables por comportarse en forma apropiada y que ganará fichas de bono cuando ejecute su tarea de manera rápida y amable.

- En caso de no obtener resultados, puede usarse el receso "time out" que busca aislar al niño de los estímulos ambientales y obligarlo a que permanezca en un sitio durante un tiempo determinado hasta que se calme o cumpla la orden.

- Anticipar posibles dificultades en sitios públicos para establecer las reglas antes de ir a dichos sitios, crear un incentivo para que el niño obedezca y un castigo para la desobediencia. En lo posible, asignarle alguna actividad para mantenerlo ocupado y si hay algún incidente, acudir al "time out" o a otras estrategias y siempre actuar rápidamente.

- Para facilitar la mejoría en el colegio, el profesor puede mandar tarjetas de comportamiento diario, para dar o quitar privilegios o puntos.

**Psicoterapia Infantil** para enseñarle al niño mejores formas de controlar el enojo. La psicoterapia individual suele emplear un enfoque cognitivo conductual para aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y el impulso.

**Psicoterapia Familiar** para ayudar a mejorar la comunicación familiar. La terapia familiar tiene a menudo como objetivo la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo, mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. La crianza de los niños que tienen este trastorno puede ser una tarea muy difícil para los padres. Los padres necesitan apoyo y comprensión y también necesitan desarrollar enfoques más eficaces para la crianza de sus hijos.

**Terapia grupal con pares** La terapia de grupo con pares a menudo se centra en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales.

**Entrenamiento en Habilidades Sociales** para ayudar al niño a reducir la frustración con sus compañeros.

#### 4.5.1 Tratamiento Psicofarmacológico

Si bien no se consideran eficaces para el tratamiento de este trastorno, pueden utilizarse medicamentos si otros síntomas o trastornos están presentes y responden al medicamento. **Se debe remitir al psiquiatra infantil.**

Hay poca información sobre la respuesta del Trastorno Oposicional Desafiante a los agentes farmacológicos. Medicamentos como el litio, estabilizadores del ánimo, clonidina, propranolol, bloqueadores opiáceos, ansiolíticos y antidepresivos deben utilizarse según el caso.<sup>60</sup>

#### 4.6 Prevención

Algunos expertos consideran que en la manifestación del Trastorno Oposicional Desafiante ocurre una secuencia de experiencias relacionadas con el desarrollo del niño. Esta secuencia suele comenzar con prácticas de crianza ineficaces, seguida de dificultades con otras figuras de autoridad e interacciones deficientes con sus pares. A medida que estas experiencias se exacerbaban y persisten, el comportamiento de oposición y desafiante se transforma en un patrón de comportamiento. La detección y la intervención precoces en las experiencias

---

<sup>60</sup> Dr. Roberto Chaskel Cols Op cit. pg143-151.



negativas familiares y sociales pueden interrumpir la secuencia de experiencias que conduce a comportamientos más oposicionistas y desafiantes.

La detección precoz y la intervención con habilidades más efectivas de comunicación, de crianza, de resolución de conflictos y de control de la ira pueden alterar el patrón de comportamientos negativos y disminuir la interferencia del comportamiento oposicional desafiante en las relaciones interpersonales con los adultos y los compañeros y en la adaptación en el ámbito escolar y social.

El objetivo de la intervención precoz es favorecer el crecimiento y desarrollo normales y mejorar la calidad de vida del niño que presenta este tipo de trastorno.<sup>61</sup>

El Trastorno Somatomorfo es una realidad clínica en nuestro medio; sin embargo, es una entidad sobre la que muchos Pediatras tienen poca información, y escasa experiencia en el manejo.

### 5.1. Definición

En la práctica diaria, hay un tipo de padecidos, cuya orientación clínica no es fácil; se trata de niños o adolescentes que presentan síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica, pero en los que no se encuentran los hallazgos típicos o mecanismos fisiológicos que la demuestran. La producción de los síntomas es involuntaria y con frecuencia se detectan

---

<sup>61</sup> American Academy for child and adolescent psychiatry. <http://www.aacap.org.publicationsfacts>. July 2003

conflictos de origen psicológico como sustrato. Estos pacientes tienen un Trastorno Somatomorfo.

## 5. TRASTORNO SOMATOMORFO

Cuando un niño, se encuentra en un entorno familiar como lo es el del objeto de nuestro estudio, puede llegar a tener sentimientos de angustia con respecto a su posición y la de sus padres en su núcleo familiar. Es inevitable que al presentarse la situación "padres Militares Activos Ausentes", muchos de nuestros niños tengan la idea de un rechazo o abandono imaginario por parte de estas personas tan significativas para su vida. Por tanto, decidan inconscientemente modificar su comportamiento por medio de quejas de dolor o síntomas físicos que no dejan de ser reales, para llamar la atención de sus seres queridos de alguna manera y así obtener el beneficio de tenerlas más cerca, preocupadas por ellos, "cuidándolos y queriéndolos más".

Debido a la diversidad de cuadros agrupados en los Trastornos Somatomorfos El Trastorno Somatomorfo es una realidad clínica en nuestro medio; sin embargo, es una entidad sobre la que muchos Pediatras tienen poca información y escasa experiencia en el manejo.

En primer lugar, al evaluar el Trastorno de Somatización propiamente dicho, la prevalencia, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA), va desde 0.2% hasta 25-26% en otros trastornos.

### 5.1. Definición

En la práctica diaria, hay un tipo de pacientes, cuya orientación clínica no es fácil; se trata de niños o adolescentes que presentan síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica, pero en los que no se encuentran los hallazgos típicos o mecanismos fisiológicos que la demuestren. La producción de los síntomas es involuntaria y con frecuencia se detectan

10. LOSO, A., GARCÍA-CAMPOYO, J., CUERPO, B., MARCO, G., PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J. y GÓMEZ, J. "Somatization in primary care in Spain. Estimates of prevalence and clinical characteristics" *Int. J. Psychiatry*, No. 186, 1996, 344.

conflictos de origen psicológico como sustrato. Estos pacientes tienen un Trastorno Somatomorfo.<sup>62</sup>

Se consideran diversos cuadros clínicos cuya ubicación clasificatoria y dinámica patogénica o casual es aún poco clara y discutida. El agrupamiento de estos trastornos para su estudio se basa en su utilidad clínica y no en la presunción de mecanismos etiológicos comunes, atribuyéndolo en todo caso a un sustrato psicológico.

## 5.2. Epidemiología

La prevalencia de los síntomas somáticos en la infancia es del 20%. Representan uno de los problemas de origen psicológico más frecuentes.<sup>63</sup>

Debido a la diversidad de cuadros agrupados en los Trastornos Somatomorfos, los datos sobre prevalencia no están bien definidos. Algunos estudios internacionales muestran una prevalencia que fluctúa entre 14 y 19% en pacientes que consultan en atención primaria. Al evaluar el Trastorno de Somatización propiamente dicho, la prevalencia, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA), va desde 0,2% hasta 25-26% en otros estudios.<sup>64</sup>

Las manifestaciones sintomáticas tienden a ser más frecuentes en niñas que en niños, están asociadas a altos niveles de incapacidad, inasistencia escolar

---

<sup>62</sup> V.TRENCHS SAINZ DE LA MASA COLS."Trastornos Somatomorfos :Una entidad emergente en Pediatría"Anales de Pediatría.Vol 58. Enero 2003

<sup>63</sup> LOBO, A., GARCIA-CAMPOYO, J., CAMPOS, R., MARCOS, G., PEREZ-ECHEVARRÍA, MAJ, y el GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: I Estimates of prevalence and clinical characteristics". In: Br. J. Psychiatry, No. 168; 1996: 344.

<sup>64</sup>Ibid.

y los pacientes tienden a ser usuarios frecuentes de los recursos de salud disponibles, lo que produce altos costos en salud.

En la consulta externa de Psiquiatría Infantil del Hospital Militar, como también en el servicio de hospitalización, los trastornos somatomorfos representan un porcentaje importante en pacientes hijos de padres Militares Activos Ausentes.

Los trastornos somatomorfos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, trastornos por uso y abuso de sustancias y trastornos de la personalidad, entre lo más frecuentes.

Los trastornos somatomorfos engloban las siguientes entidades:<sup>65</sup>

- **Trastorno por dolor:** Los pacientes presentan dolor en una o más localizaciones sin hallazgos físicos que lo justifiquen.
- **Trastorno de conversión:** Uno o más síntomas que sugieren, la mayoría de las veces, un déficit neurológico.
- **Trastorno dismórfico corporal:** Existe una excesiva preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal
- **Hipocondría:** Se manifiesta como temor o creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación subjetiva de signos y síntomas físicos como prueba de enfermedad somática.

---

<sup>65</sup>V.TRENCHS SAINZ DE LA MASA COLS."Trastornos Somatomorfos :Una entidad emergente en Pediatría"Anales de Pediatría.Vol 58. Enero 2003

- **Trastorno Somatomorfo indiferenciado:** Se incluye el resto de síndromes que se adaptan a la definición de somatomorfos y que no cumplen los criterios de ninguno de los subgrupos anteriores.

### 5.3. Sospecha Clínica

El niño es traído por sus padres a la consulta pediátrica por presentar una sintomatología que le produce un malestar clínicamente significativo, ha tenido un deterioro a nivel familiar, social, escolar, que ha provocado un alto nivel de angustia al paciente y a sus familiares, que además han ido de médico en médico en busca de un diagnóstico que los convenza, a costa de someter a su hijo a exploraciones complementarias, sin que se encuentre una causa orgánica que justifique su enfermedad. Contrariamente a lo que se cree, cuantas más opiniones médicas ellos tienen, y mayor número de pruebas le son realizadas a su hijo, la angustia aumenta exponencialmente, ya que se tiene la sensación de estar buscando algo que no se encuentra.

En forma global se pueden considerar ciertos aspectos en la evaluación inicial del paciente:<sup>66</sup>

- Revisión de la Historia médica, del examen clínico y de los exámenes de laboratorio e imágenes que permitan descartar una enfermedad orgánica propiamente tal. Si la evaluación médica efectuada es razonable de acuerdo a la investigación actual, no se debieran solicitar

---

<sup>66</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1995.

- Se deben evitar nuevos estudios o procedimientos que puedan influir en el paciente y sus familiares para mantener la idea de una enfermedad somática.
- Efectuar un examen mental por medio de una entrevista clínica, con el propósito de conocer el estado mental, la capacidad de comprensión, adaptación y la capacidad del paciente y sus padres, de manejar y tomar decisiones en relación a esta enfermedad.
- Identificar la psicopatología presente con el objeto de detectar la coexistencia de un trastorno psiquiátrico.
- Evaluar factores psicosociales en el área familiar, escolar, social, que pueden ser de significación tanto en la causalidad, contribución y/o mantenimiento del cuadro.
- Investigar uso de medicamentos, especialmente el uso de fármacos psicotrópicos.
- Solicitar exámenes psicológicos, evaluaciones psicométricas de organicidad o de personalidad, exámenes de laboratorio o de imágenes, sólo si se estima que contribuirán a clarificar el diagnóstico.
- Aplicar criterios diagnósticos específicos que permitan definir el Trastorno Somatomorfo, de acuerdo a la clasificación anotada, que se encuentran descritos más adelante.

#### 5.4. Abordaje Inicial

Es importante tener en cuenta que tanto la familia como el paciente tienden a resistirse a un tratamiento adecuado debido a que consideran que el niño si está enfermo físicamente y no mentalmente.<sup>67</sup>

<sup>67</sup> Martin RLYutzysH.Trastornos somatomorfos.En Hales editors.Tratado de Psiquiatría2Ed.1996p625-58.

- Se debe acoger al paciente con mucha empatía y otorgarle credibilidad a sus síntomas evitando la confrontación; no olvidar que los síntomas de dolor en el paciente son reales.
- Entregar información clara y precisa de los hallazgos normales y anormales que pudiesen existir. Se deben evitar comentarios como: “El niño no tiene nada” o “todo es por los nervios”.
- Entregar un diagnóstico y un modelo explicativo del proceso sintomático, lo que permite mayor aceptación y credibilidad del paciente al planteamiento terapéutico. La mayoría de estos trastornos son de diagnóstico y tratamiento complejo y deben ser evaluados por Psiquiatría Infantil.
- Establecer un programa de tratamiento con objetivos realistas, orientado a mejorar niveles de funcionamiento y disminución sintomática, más que a la desaparición del síntoma.
- Tratamiento farmacológico de los cuadros psiquiátricos concomitantes. El uso de medicamentos debe ser cuidadosamente evaluado, con previa preparación y educación del paciente. Siempre se debe comenzar con dosis bajas y con un aumento lentamente progresivo de los fármacos, especialmente debido a que los nuevos medicamentos pueden provocar síntomas colaterales que podrían ser interpretados como nuevos síntomas.
- Psicoterapia. Se deben utilizar medidas psicoterapéuticas generales de apoyo, que contribuyan a disminuir el sufrimiento del paciente: educación, reconocimiento de estilo de vida, manejo del estrés, psicorelajación, ejercicio físico, enfrentamiento y manejo de las dificultades psicosociales, etc. De acuerdo al trastorno y a su evolución se puede plantear una psicoterapia específica.

En algunos casos es necesario intervenir en el ambiente socio familiar y/o escolar, con el objeto de recuperar roles y reintegrar al paciente a niveles de funcionamiento más adecuados. La mayoría de estos trastornos son de diagnóstico y tratamiento complejo y deben ser evaluados por Psiquiatría Infantil.

A continuación describiremos los criterios diagnósticos y el tratamiento de las dos entidades más frecuentes entre los trastornos somatomorfos, que se presentan en la consulta pediátrica y Psiquiatría Infantil.

### 5.5. Trastorno por Dolor

Trastorno en que el dolor, localizado en una o más zonas del organismo, se debe exclusiva o predominantemente a factores psicológicos que constituye el principal foco de atención del paciente y produce un malestar significativo y deterioro de las actividades del niño. (Dolor Psicógeno).

El DSM-IV señala como criterios diagnósticos del Trastorno Somatomorfo doloroso los siguientes:<sup>68</sup>

- Dolor en una o más localizaciones anatómicas como cuadro clínico predominante, de tal severidad que exige atención clínica.
- El dolor causa estrés clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de funcionamiento.
- Los factores psicológicos tienen un rol importante en el inicio, la severidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor.
- El síntoma no es intencionalmente producido o fingido.
- El dolor no es mejor explicado por un trastorno afectivo, de ansiedad o psicótico.

Trayendo como ejemplo el Dolor Abdominal recurrente, cuadro clínico muy común en la consulta pediátrica, se debe realizar un diagnóstico de Exclusión/confirmación de Trastorno Somatomorfo. Si bien el diagnóstico

---

<sup>68</sup>AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1995.



corresponde al psiquiatra infantil o psicólogo, es preciso un alto índice de sospecha por el Pediatra en los pacientes con este cuadro y es a éste a quien corresponde remitir al paciente al especialista. Para ello hay una serie de signos, en la familia y en el niño que permiten sospechar un Trastorno Somatomorfo que puede ser desencadenante o desencadenado por un trastorno orgánico o funcional, a propósito del modelo biopsicosocial. El dolor abdominal suele ser parte de un cuadro de reacción a la tensión emocional, y el cuadro reactivo del niño refleja el de la familia.<sup>69</sup>

Signos de alarma: en el niño, trastornos emocionales, como miedo excesivo, enuresis, trastornos del sueño o del apetito o trastornos de la personalidad, como la ansiedad, la aprensión o el perfeccionismo, son signos frecuentes de Trastorno Somatomorfo. En la familia, las discordias paternas, la indiferencia paterna, la enfermedad física o la Depresión en la madre y la excesiva rigidez en los padres es habitual encontrarlos en niños con Dolor Abdominal Recurrente con trastorno psicológico.<sup>70</sup>

### 5.5.1. Tratamiento

Puede ser suficiente que un médico que tenga una buena relación con el paciente haga una cuidadosa evaluación del caso y tranquilice al paciente. En algunas ocasiones resulta eficaz poner de relieve la asociación con algún factor psicosocial evidentemente estresante. No obstante, muchos pacientes desarrollan problemas crónicos y son muy difíciles de tratar. Sus síntomas son similares a los del

<sup>69</sup>Pereda Perez Antonio <http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/4.pdf>.

<sup>70</sup> Ibid

trastorno de conversión, renuentes a asociar sus problemas con los factores de estrés psicosocial y que rechazan cualquier forma de psicoterapia.<sup>71</sup>

Estos pacientes tienden a buscar una relación de dependencia, que suele conllevar una discapacidad a largo plazo y la necesidad de continua asistencia; los padres preocupados, visitan a muchos Médicos con el deseo manifiesto de encontrar una cura para su hijo, pero demandan un tratamiento físico para un padecimiento que no es orgánico. El tratamiento paliativo a largo plazo consiste en que el médico repita periódicamente la evaluación del paciente, siempre con empatía y estando alerta a la posibilidad de una enfermedad física nueva y significativa, a la vez que mantiene a los pacientes a salvo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios, caros y potencialmente peligrosos.<sup>72</sup>

#### 5.6.1. Tratamiento

### 5.6. Trastorno de Conversión

Síntomas físicos causados por un conflicto psicológico, inconscientemente convertido en un cuadro similar a un trastorno neurológico. El trastorno de conversión tiende a desarrollarse durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque puede presentarse a cualquier edad. Parece ser algo 'más frecuente entre mujeres. En la práctica médica no psiquiátrica es habitual encontrar síntomas de conversión aislados que no cumplen completamente los criterios de un trastorno de conversión ni de un trastorno de somatización.

---

<sup>71</sup>AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1995.

<sup>72</sup> Ibid

De acuerdo al DSM-III-R, los criterios diagnósticos de este trastorno son:<sup>73</sup>

- Síntomas que afectan la función motora o sensorial, sugiriendo una condición neurológica u otra condición médica general.
- Factores psicológicos asociados: el inicio o la exacerbación de los síntomas está precedido por conflictos u otros estresores.
- No son intencionalmente producidos o fingidos.
- Una apropiada investigación clínica indica que los síntomas no son completamente explicados por una condición neurológica o médica general.
- El problema es clínicamente significativo, hay evidencia de un marcado deterioro social, ocupacional.
- Los síntomas no se limitan a dolor.

#### **5.6.1. Tratamiento**

Es esencial conseguir una relación médico-paciente basada en la confianza. Una vez que el médico ha descartado una enfermedad física, tranquilizar a los padres y al paciente haciéndoles saber que sus síntomas no indican ningún problema subyacente grave suele ayudar al niño a sentirse mejor y contribuye a que los síntomas empiecen a ceder. La psicoterapia puede ser eficaz en aquellos casos en los que el comienzo de los síntomas estuvo precedido por una situación psicológicamente estresante.<sup>74</sup>

Son diversos los tratamientos que se han ensayado, aunque ninguno tiene siempre la misma eficacia en todos los casos. En la hipnoterapia se detectan y exploran, con el paciente en estado de hipnosis, los aspectos psicológicos

---

<sup>73</sup> Ibid

<sup>74</sup> GARCIA-CAMPOYO, Op cit No. 168; 1996: 348.

posiblemente vinculados con la etiología; luego, fuera ya del estado hipnótico, con el paciente completamente despierto, se siguen trabajando esos temas. En el narcoanálisis, semejante a la hipnosis, se administra al paciente un sedante para inducir un estado de adormilamiento. La terapia de modificación de conducta, que incluye el entrenamiento para la relajación, resulta eficaz con algunos pacientes.<sup>75</sup>

### **5.7. Recomendaciones Generales de los Trastornos Somatomorfos<sup>76</sup>**

- Considerando la tendencia crónica de estos trastornos y el hecho frecuente de previas experiencias frustrantes con terapias previas, es importante en el tratamiento cubrir los siguientes aspectos:
- Adecuado establecimiento de una relación médico-paciente que ofrezca soporte emocional a largo plazo.
- Explicación didáctica de los mecanismos psicológicos involucrados en el trastorno, precisando que ello no significa que el síntoma y, por ende, las molestias, no sean reales.
- Modificación del ambiente familiar que, con frecuencia, refuerza la sintomatología con actitudes de sobreprotección que aumentan la probabilidad de cronicidad.
- Psicoterapia, sea de corte dinámico, cognoscitivo o de intervención conductual. Suelen ser útiles las técnicas sugestivas en los mecanismos conversivos.
- Uso de antidepresivos, de ser indicado

---

<sup>75</sup>GARCIA-CAMPOYO, Op cit No. 168; 1996: 348.

<sup>76</sup> Ibid.

## 6. CONCLUSIÓN

A través de la historia el Conflicto Armado ha traído al mundo entero consecuencias nefastas, y nuestro país no ha sido la excepción. De tiempo atrás nos ha venido consumiendo una guerra que no tiene sentido y no ha permitido el surgimiento socioeconómico de nuestra nación.

Todos estamos pagando las consecuencias de esta guerra la cual no discrimina raza, color, sexo, edad, estatura, o estrato, ni siquiera respeta a aquellos que no pueden defenderse y que son el futuro de nuestra nación... Los niños, quienes por su inocencia son los que sufren los efectos mas profundos de este conflicto tanto a nivel físico, como psicológico, lo que se ve reflejado en su comportamiento.

Todos estos eventos en la vida de un niño, mas un entorno que también se logra afectar por la situación de conflicto interno, cuando además el núcleo familiar se disgrega y se vive diferente, en otras condiciones de zozobra y falta de afecto, lo predisponen a desarrollar trastornos psicológicos como los que hemos descrito en este Estudio; trastornos depresivos los cuales se caracterizan por una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración. Trastornos somatomorfos caracterizados por la presencia de síntomas físicos siendo su origen psicológico. Trastorno Oposicional Desafiante en el que el niño se muestra negativo, enojado y *desafiante*. La mayoría de estos comportamientos van afectando adversamente sus relaciones interpersonales, su habilidad para desenvolverse con éxito en la escuela y en las situaciones de la vida.

Planteado en esta forma podemos concluir que nosotros como Familia, como Profesionales de la salud, debemos en conjunto ayudarlos a salir de este momento tan difícil de sus vidas, brindándoles apoyo, afecto y comprensión y aplicando nuestros conocimientos, entendiendo la importancia de que toda buena

o mala influencia, en este instante preciso de la infancia, será definitiva para los años venideros.

Es por esto que los adultos, maestros, padres, familiares, amigos, debemos poner en práctica estos consejos para la identificación de los posibles desordenes y combatir con los niños todas las batallas que sean necesarias para que no se altere su vida normal y feliz, porque ellos hoy y siempre constituirán para nosotros una inmensa Esperanza.

Invitamos a todos los sectores que se involucran dentro de esta gran familia a seguir profundizando con esta investigación que será de gran beneficio para nuestra Institución. Esta temática realiza un gran aporte a la ciencia y al diario vivir de nuestras Fuerzas Militares.

### **6.1. Recomendaciones**

Se recomienda a los Médicos y Pediatras de las Fuerzas Militares poner en práctica las técnicas de abordaje establecidas en esta investigación, si se determina algún factor de Riesgo para la presentación de estos trastornos (el paciente vive en la situación "Padre Militar Activo Ausente", si ha vivido algún evento traumático, etc.).

Sería de gran ayuda que los Médicos y Pediatras capacitaran a los padres de familia en como abordar trastornos psicológicos como el Trastorno Depresivo, oposicional desafiante o trastornos somatomorfos con posterior seguimiento y vigilancia de tal intervención.

Al personal de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia, continuar ampliando esta investigación para estudiar así otros trastornos psicológicos en los niños, que sean producidos por el conflicto armado o por otro tipo de vivencia traumática.

Recomendamos enfáticamente que Médicos y Pediatras lean cuidadosamente este documento y guía de información, para que en esa forma tengan elementos de juicio para la sospecha clínica de estos trastornos de salud mental y por ende realicen el abordaje inicial propuesto para el bienestar psicológico de nuestros niños.

A los Médicos y Pediatras tener muy presente que el manejo de Antidepresivos en niños, u otros medicamentos Psiquiátricos debe ser, exclusivo de Psiquiatría Infantil.

También recomendamos en la Consulta Externa el uso de este documento informativo con el fin de que Pediatras y Médicos Generales tengan las pautas claras sobre la sospecha clínica, abordaje inicial y posible remisión a Psiquiatría Infantil según el caso lo requiera de estos trastornos mentales en niños.

Esperamos que se use esta guía con Compromiso Institucional para el manejo de los trastornos mencionados, evitando el uso indiscriminado de antidepresivos u otros medicamentos que además de ser de uso exclusivo de Psiquiatría Infantil, conllevan a gastos inadecuados de presupuesto y a un manejo no conveniente del paciente.

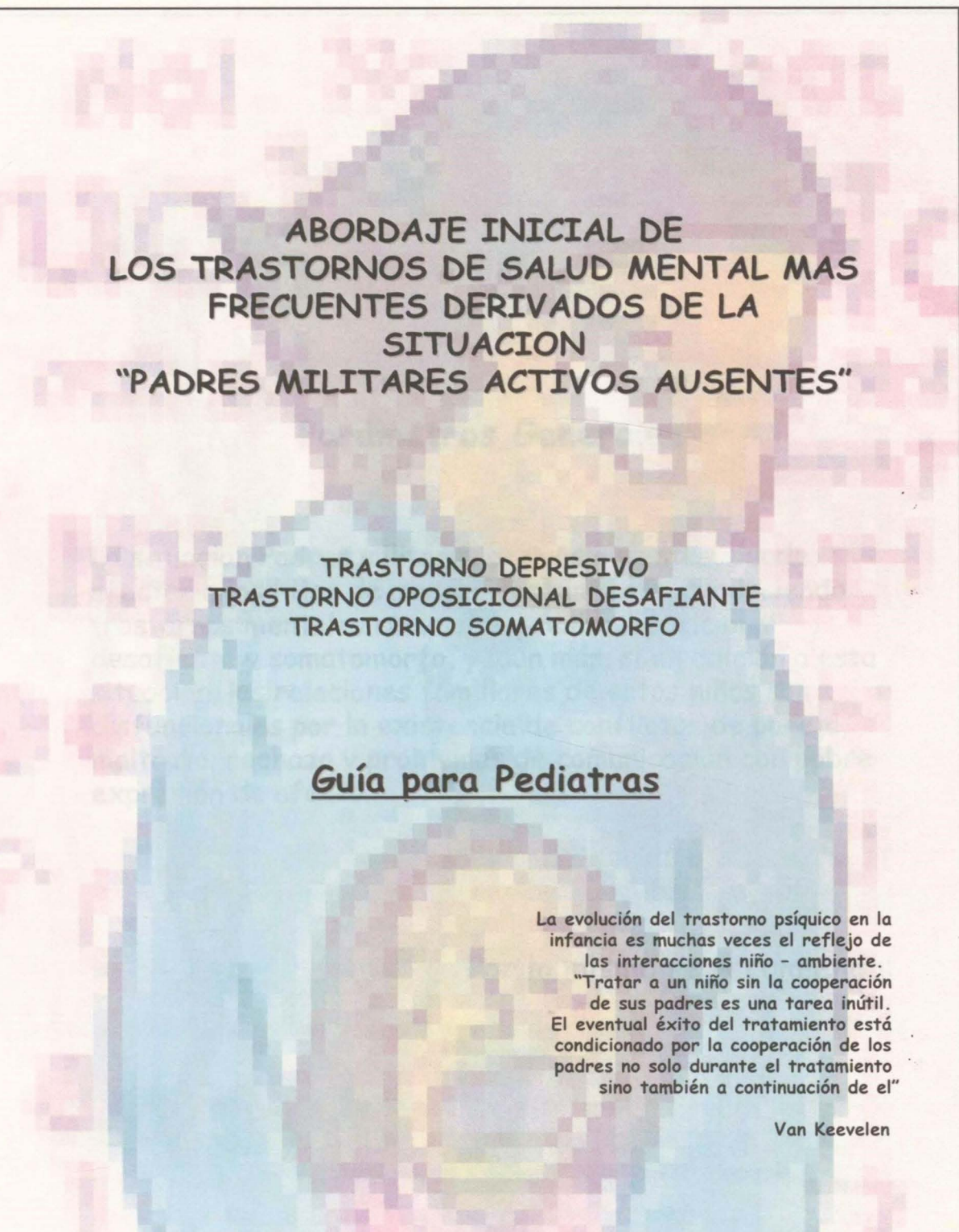
Es importante actualizar constantemente los conceptos plasmados en esta investigación, evitando así estar aplicando tratamientos obsoletos.

ESTUDIO DE CASO INDIVIDUAL DE  
LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL MÁS  
FRECUENTES DERIVADOS DE LA  
SITUACIÓN DE  
PADRES MILITARES ACTIVOS SUSCRIPTOS

**ANEXO A**

Este documento es una copia de un  
documento original que se encuentra  
en el archivo de la institución.  
El contenido de este documento es  
el resultado de un proceso de  
transcripción y no garantiza la  
exactitud de la información.  
El contenido de este documento es  
propiedad de la institución.





**ABORDAJE INICIAL DE  
LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL MAS  
FRECUENTES DERIVADOS DE LA  
SITUACION  
"PADRES MILITARES ACTIVOS AUSENTES"**

**TRASTORNO DEPRESIVO  
TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE  
TRASTORNO SOMATOMORFO**

**Guía para Pediatras**

La evolución del trastorno psíquico en la infancia es muchas veces el reflejo de las interacciones niño - ambiente.  
"Tratar a un niño sin la cooperación de sus padres es una tarea inútil. El eventual éxito del tratamiento está condicionado por la cooperación de los padres no solo durante el tratamiento sino también a continuación de el"

Van Keevelen

## En cuanto a la familia

Generar un cambio en la dinámica de vida de la familia

### **Parámetros Generales**

La situación Padres militares activos ausentes, puede afectar a los hijos de manera contundente, produciendo trastornos mentales como el depresivo, oposicional desafiante y somatomorfo, y aún más, si en adición a esta situación, las relaciones familiares de estos niños son disfuncionales por la existencia de conflictos de pareja, maltrato, rechazo y problemas de comunicación con pobre expresión de afecto.

Por lo mismo se recomienda:

Fomentar el general y el ideal de las expresiones de afecto que se manifiestan en la familia, así como el uso de palabras de proyección del buen comportamiento, las interacciones negativas, los gestos ofensivos y el maltrato, así como la expresión de inutilidad y desvalorización.

## En cuanto a la familia

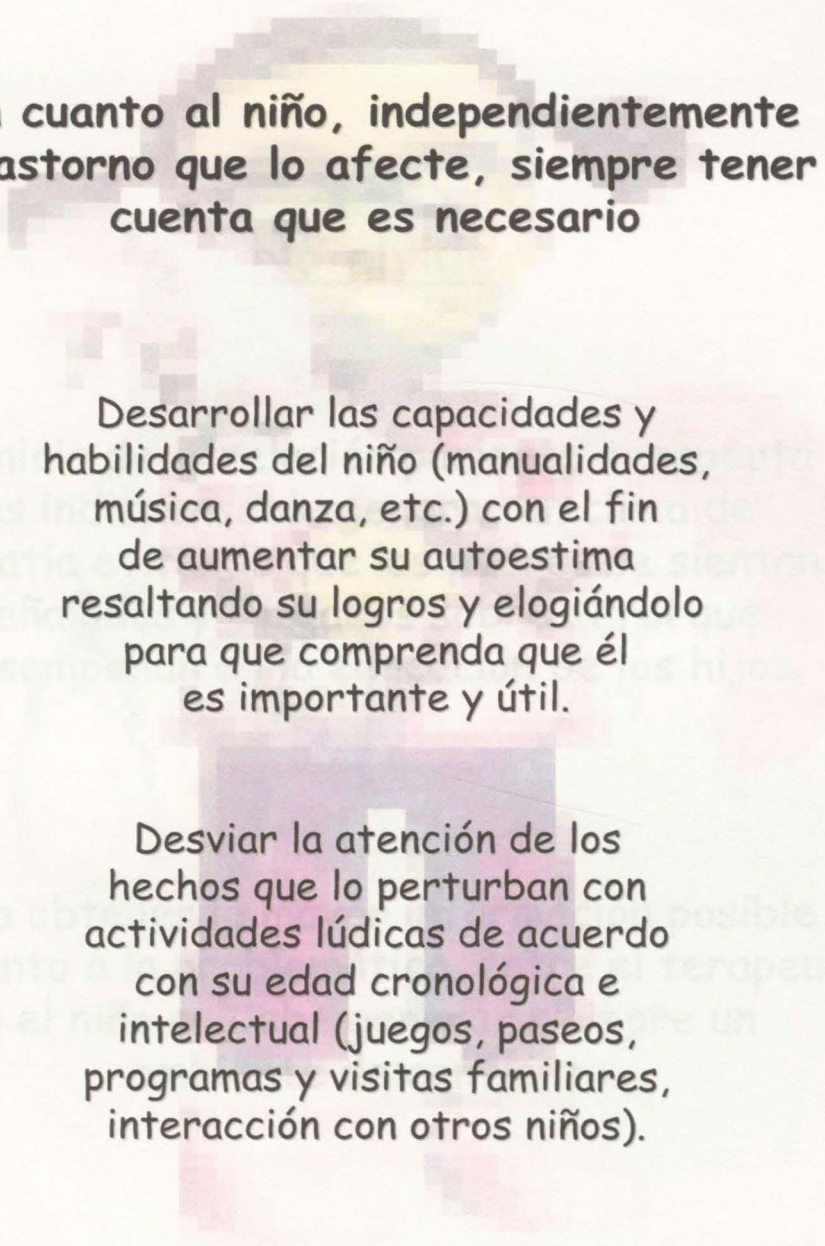
Concientizarla respecto a la importancia que tiene su participación en la recuperación de su niño

Generar un cambio en la dinámica familiar para mejorar la calidad de vida de los niños con trastornos psicológicos

Propiciar un ambiente emocionalmente estable y altamente estimulante a través del intercambio afectivo y el mantenimiento de las expresiones de afecto.

Recalcar a los padres la importancia del fortalecimiento de los canales de comunicación y de interacción en la familia.

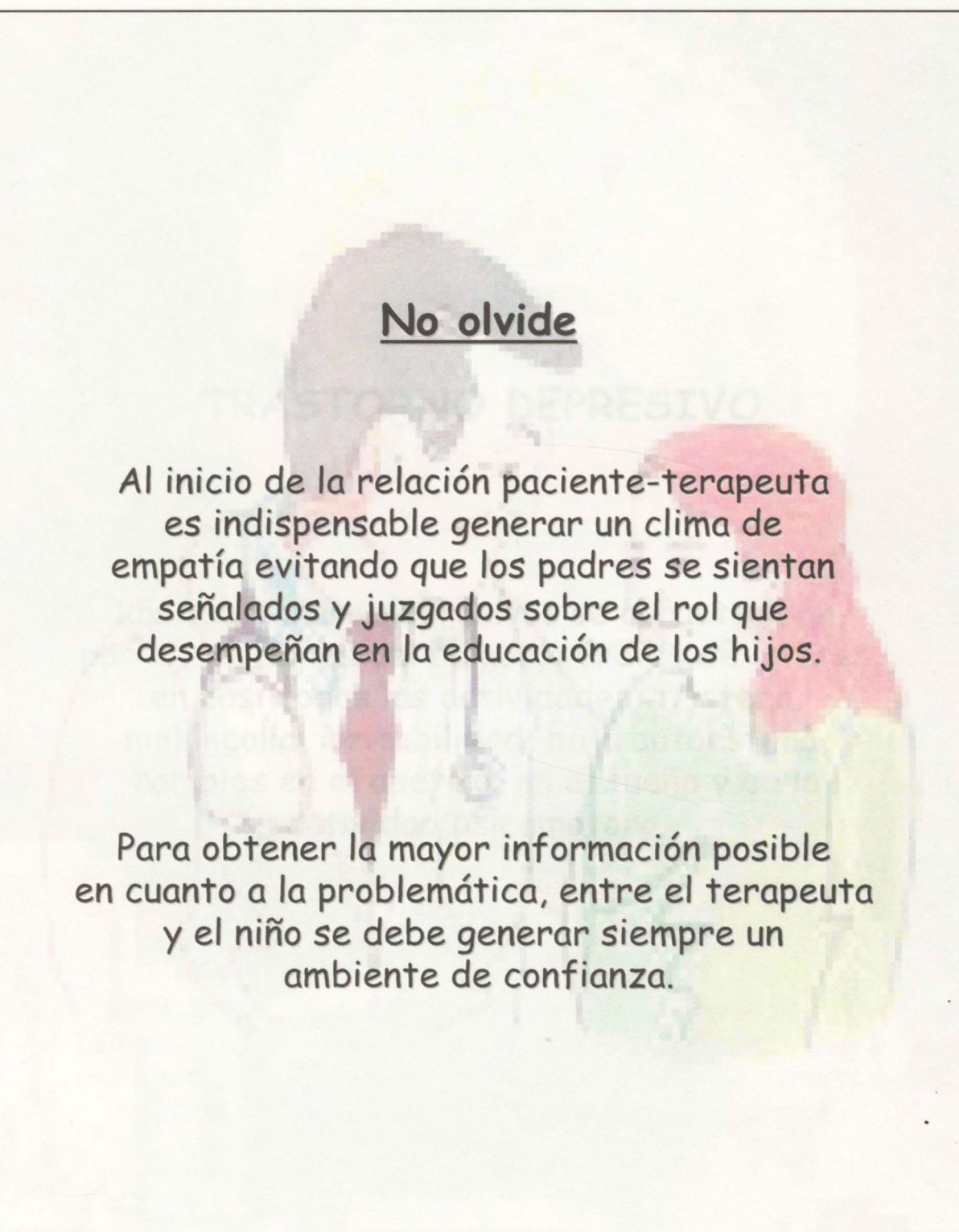
Fomentar a nivel general, y en el núcleo familiar acciones que contribuyan al establecimiento de una cultura de promoción del buen trato evitando las interacciones negativas, las palabras ofensivas y el maltrato (causantes de sentimientos de inutilidad y baja autoestima).



**En cuanto al niño, independientemente del trastorno que lo afecte, siempre tener en cuenta que es necesario**

Desarrollar las capacidades y habilidades del niño (manualidades, música, danza, etc.) con el fin de aumentar su autoestima resaltando su logros y elogiándolo para que comprenda que él es importante y útil.

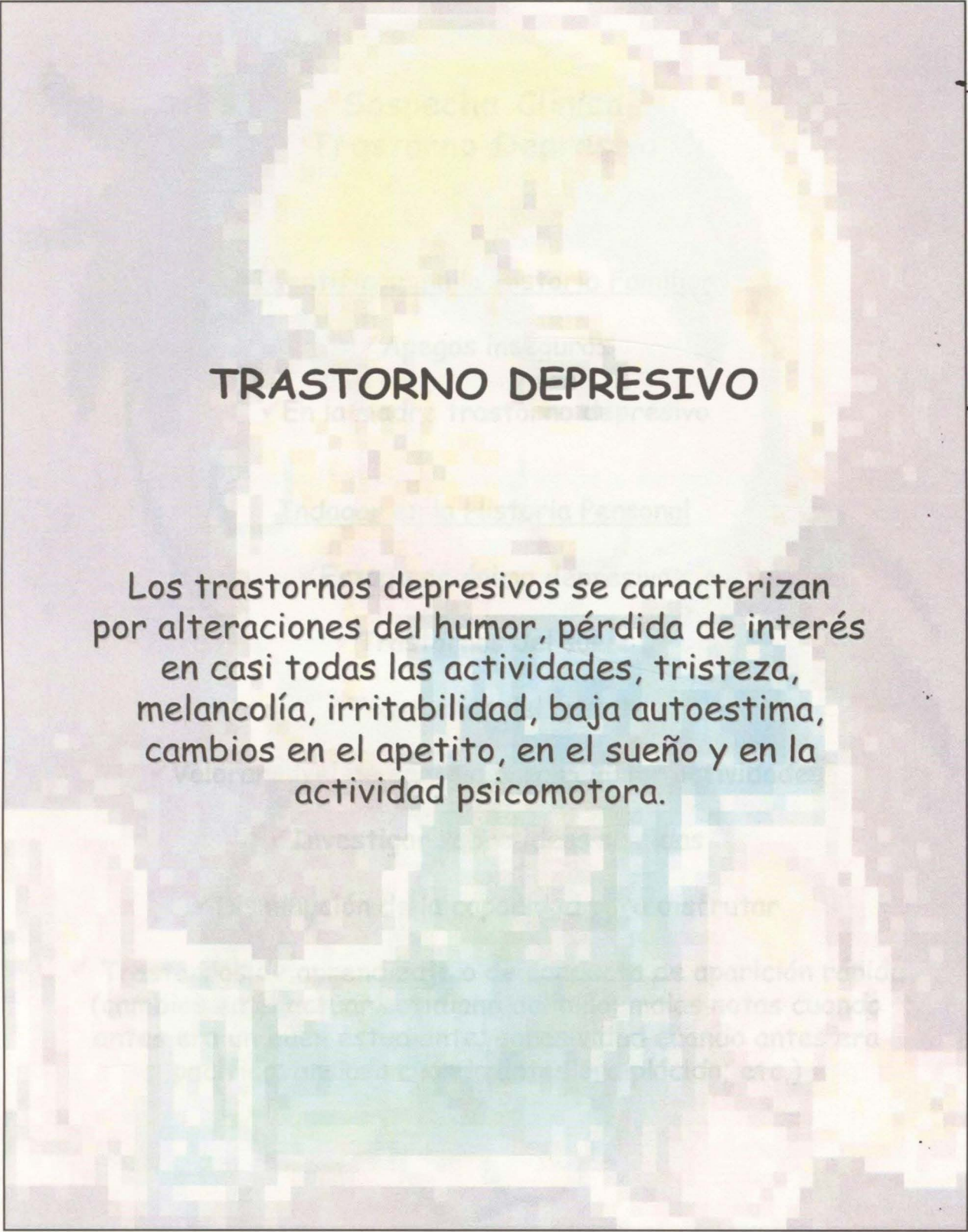
Desviar la atención de los hechos que lo perturban con actividades lúdicas de acuerdo con su edad cronológica e intelectual (juegos, paseos, programas y visitas familiares, interacción con otros niños).



## No olvide

Al inicio de la relación paciente-terapeuta es indispensable generar un clima de empatía evitando que los padres se sientan señalados y juzgados sobre el rol que desempeñan en la educación de los hijos.

Para obtener la mayor información posible en cuanto a la problemática, entre el terapeuta y el niño se debe generar siempre un ambiente de confianza.



## TRASTORNO DEPRESIVO

Los trastornos depresivos se caracterizan por alteraciones del humor, pérdida de interés en casi todas las actividades, tristeza, melancolía, irritabilidad, baja autoestima, cambios en el apetito, en el sueño y en la actividad psicomotora.

## Sospecha Clínica Trastorno Depresivo

### Identificar en la Historia Familiar

- ✓ Apegos inseguros
- ✓ En la madre trastorno depresivo

### Indagar en la Historia Personal

- ✓ Estado de ánimo depresivo
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Trastornos del apetito
- ✓ Valorar nivel de energía para realizar actividades
- ✓ Investigar sobre ideas suicidas
- ✓ Disminución de la capacidad para disfrutar
- ✓ Trastornos de aprendizaje o de conducta de aparición rápida (cambios en el actuar cotidiano del niño: malas notas cuando antes era un buen estudiante; agresividad cuando antes era pacífico; ansioso cuando antes era plácido; etc.)

## Criterios Diagnósticos para Depresión Mayor

Deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios, durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el primero y el segundo de la siguiente lista:

- ✓ Estado de ánimo deprimido o irritable
- ✓ Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales
- ✓ Pérdida o aumento significativo de peso o del apetito
  - ✓ Insomnio o hipersomnia
- ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotor
- ✓ Fatiga o pérdida de energía
- ✓ Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa
- ✓ Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse ("me bloqueo, me quedo en blanco")
- ✓ Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida



## Guía de abordaje inicial para niños Deprimidos

- ✓ Determinar el origen de la Depresión (causa del problema)
- ✓ Los niños deben ser estimulados para participar en sus actividades normales de la vida diaria
- ✓ Identificar y modificar patrones de interacción maladaptativos (dañinos) a nivel familiar.
- ✓ Incrementar las expresiones de afecto evitando que el niño sienta que éste se le brinda por su condición. Las expresiones afectivas deben ser frecuentes, naturales y espontáneas.
- ✓ Aleccione a los padres acerca de la Depresión, de su carácter Biológico, que no esta bajo el control propio del niño Y de la imposibilidad de animarlo muchas veces con solo buenas palabras

## Guía de abordaje inicial para niños Deprimidos

- ✓ Proporcionarle distracciones (con frecuencia adecuada) a fin de ocupar la mente del niño  
Y enseñarle habilidades efectivas para la resolución de problemas
- ✓ Orientar al niño, estimulándolo a integrarse a otros grupos en que tenga mejores posibilidades de ser acogido (dentro del mismo entorno -colegio, vecindario, etc.- o en otros distintos -scout, clubes, escuelas deportivas, etc.-)
- ✓ Insista en el empleo de tácticas para evitar los sentimientos de culpa

### Remisión a Salud Mental en caso de:

Maltrato físico o psicológico  
(Ej. "no sirves para nada", "eres un bruto", "torpe")  
Requerirse Terapia de Familia ó Psicoterapia Individual.  
Depresión Mayor (indicios de ideas suicidas).  
Requerirse tratamiento farmacológico.



## TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE

El trastorno oposicional desafiante se caracteriza por un patrón recurrente de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad.

## Sospecha Clínica Trastorno Oposicional Desafiante

### Identificar en la Historia Familiar

- ✓ Disturbios emocionales en la madre por la situación del núcleo familiar "Padre Militar Activo ausente"
  - ✓ Trastornos emocionales
  - ✓ Depresión en la madre

### Indagar en la Historia Personal

- ✓ Síntomas frecuentes y repetitivos como terquedad, oposición a los padres y maestros, componente agresivo que lleva a conflictos en su vida familiar, escolar, social.
- ✓ Reportes escolares sobre comportamiento de oposición y desafío que ya interfiere con el aprendizaje, la adaptación escolar y sus relaciones interpersonales
  - ✓ Baja autoestima
  - ✓ Labilidad emocional

## Criterios Diagnósticos TOD

Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presente cuatro o más de los siguientes comportamientos:

- ✓ A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- ✓ Mantiene excesivas discusiones con los adultos
- ✓ Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos, los desafía o rehúsa a cumplir sus demandas
- ✓ Cuestiona las reglas constantemente; se niega a obedecerlas
- ✓ Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos
- ✓ Culpa a otras personas por su mal comportamiento y errores
  - ✓ Los demás le causan fastidio con facilidad
  - ✓ Tiene una actitud de enojo con frecuencia
  - ✓ Habla con severidad o poca amabilidad
  - ✓ Es rencoroso o vengativo
- ✓ El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad familiar, social y académica.

## Guía de abordaje inicial para niños Oposicionistas Desafiantes

Entrenamiento para padres para ayudarlos a controlar el comportamiento de su hijo:

- ✓ Es necesario prestar atención a las actividades que realiza el niño para aumentar el cumplimiento de mandatos, peticiones y conductas positivas
- ✓ Se recomienda escoger cada día un "Tiempo Especial" para estar juntos, permitirle seleccionar una actividad que le guste
- ✓ Pueden utilizarse frases de refuerzo verbal o señales no verbales de aprobación
- ✓ Utilizar periodos para el adiestramiento de la obediencia
- ✓ Cambiar la manera en que se dan las ordenes, mostrándolas como mandato y no como pregunta o favor, asegurarse de que el niño preste atención y entienda lo que se le pidió y evitar distractores como la televisión o videojuegos


## Guía de abordaje inicial para niños Oposicionistas Desafiantes

- ✓ Si los elogios no son suficientes, pueden establecerse programas de fichas para los niños de 4 y 7 años o de puntos para los mayores de 8 y explicarle que ganará cosas y privilegios agradables por comportarse en forma apropiada y que ganará fichas de bono cuando ejecute su tarea de manera rápida y amable.
- ✓ Anticipar posibles dificultades en sitios públicos para establecer las reglas antes de ir a dichos sitios, crear un incentivo para que el niño obedezca y un castigo para la desobediencia.
- ✓ Enfatizar en la importancia del autocontrol utilizando la técnica del "time out" (aislamiento temporal hasta que se manifieste el comportamiento deseado).
- ✓ En lo posible, asignarle alguna actividad para mantenerlo ocupado y si hay algún incidente, acudir al "time out" o a otras estrategias y siempre actuar rápidamente.
- ✓ Para facilitar la mejoría en el colegio, el profesor puede mandar tarjetas de comportamiento diario, para dar o quitar privilegios o puntos.

## Guía de abordaje inicial para niños Oposicionistas Desafiantes

- ✓ Identificar las pautas de crianza, evaluar las prácticas utilizadas por los padres (actitud ante las pataletas, castigos utilizados) y establecer mejores estrategias de manejo.
- ✓ Evitar las mentiras y la desobediencia de las normas en el ámbito familiar. La familia debe ser modelo de identificación para el niño.
- ✓ Señalar la importancia de instaurar normas constantes y firmes siendo estrictos en su cumplimiento (premio-castigo sin inconsistencias). Establecer parámetros claros de negociación.
- ✓ Evitar la desautorización de alguno de los padres en presencia de los niños. (Las decisiones que involucren a los hijos se deben hacer en privado y llegar a común acuerdo).





## Guía de abordaje inicial para niños Oposicionistas Desafiantes

- ✓ Evaluar el refuerzo positivo que los padres realizan frente a una conducta inadecuada (acceder a peticiones del niño, la conducta se refuerza y esta se instaura).
- ✓ Prestar atención cada vez que el niño obedezca y retroalimentarlo inmediatamente. Establecer un sistema de recompensas por comportamientos apropiados.
- ✓ Generar un castigo (sin llegar al maltrato. Es un castigo simbólico, si se llega a la violencia es maltrato) por el comportamiento inadecuado que presente, no sin antes hablar con el niño y explicar el motivo del castigo y realizar una reflexión sobre el comportamiento.
- ✓ Establecer preferiblemente castigos que impliquen privación de sus actividades preferidas.
- ✓ El castigo debe ser justo, oportuno y no negociable

## Guía de abordaje inicial para niños Opositoristas Desafiantes

- ✓ Hacer participe al niño en la toma de decisiones, de tal forma que él sienta que es tenido en cuenta en la familia o que su aporte también es importante.
- ✓ Incentivar en el niño la interacción con otros de su misma edad con el fin de mejorar las habilidades sociales e interpersonales y afianzar normas de convivencia.

### Remisión a Salud Mental en caso de:

Requerirse entrenamiento familiar en el desarrollo de habilidades para solucionar conflictos.  
Psicoterapia infantil, familiar, o  
tratamiento psicofarmacológico

## TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica en la que no se encuentran los hallazgos típicos o mecanismos fisiológicos que la demuestren.

## Sospecha Clínica Trastornos Somatomorfos

### Identificar en la Historia Familiar

- ✓ Factores psicosociales que pueden tener significancia de causalidad del trastorno (disfunción familiar, pérdida de un ser querido, la indiferencia paterna, la enfermedad física o la Depresión en la madre, la excesiva rigidez en los padres ,etc.)

### Indagar en la Historia personal

- ✓ Malestar clínicamente significativo
- ✓ Deterioro a nivel familiar, escolar y social, que ha provocado un alto nivel de angustia al paciente y sus familiares

## Criterios Diagnósticos Trastorno Somatomorfo

### Trastorno por dolor

Los pacientes presentan dolor en una o más localizaciones sin hallazgos físicos que lo justifiquen.

- ✓ El dolor causa estrés clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas de funcionamiento.
- ✓ El síntoma no es intencionalmente producido o fingido.
- ✓ Los factores psicológicos tienen un rol importante en el inicio, la exacerbación o el mantenimiento del dolor
- ✓ Trastornos del sueño o del apetito o trastornos de la personalidad, como la ansiedad, la aprehensión o el perfeccionismo.

### Trastorno de conversión

Síntomas que afectan la función motora o sensorial, sugiriendo una condición neurológica u otra condición médica general.

- ✓ El inicio o la exacerbación de los síntomas está precedido por conflictos u otros estresores.
- ✓ No son intencionalmente producidos o fingidos.
- ✓ El problema es clínicamente significativo, hay evidencia de un marcado deterioro social, escolar.

## Guía de abordaje inicial para niños con Trastornos Somatomorfos

- ✓ Descartar causa orgánica del problema.
- ✓ Dar importancia y credibilidad al dolor que siente el niño.
- ✓ Explicación didáctica de los mecanismos psicológicos involucrados en el trastorno, precisando que ello no significa que el síntoma y, por ende, las molestias, no sean reales.
- ✓ Ayudar al niño a expresar sus sentimientos. Escucharlo y prestarle atención respecto a las dificultades que se le presenten en los diferentes entornos.
- ✓ Brindar afecto y seguridad al niño. Establecer una relación de empatía y confianza es definitivo en estos trastornos.
- ✓ Enseñar a los padres a validar los sentimientos y los temores frecuentes en los niños.

## Guía de abordaje inicial para niños con Trastornos Somatomorfos

- ✓ Evaluar los patrones de interacción de la familia, que con frecuencia refuerzan la sintomatología con actitudes de sobreprotección que aumentan la probabilidad de cronicidad y establecer planes de acción para modificarlos.
- ✓ Orientar adecuadamente al niño en caso de ausencia de algún familiar (separación, duelo, secuestro) mostrándole que los casos fortuitos nos ocurren a todos.
- ✓ Aumentar la capacidad del niño para resolver problemas.

### Remisión a Salud Mental en caso de:

Requerirse terapia de relajación, enfrentamiento y manejo de dificultades psicosociales.

La mayoría de éstos trastornos son de diagnóstico y tratamiento complejo y deben ser evaluados por ésta especialidad.

## Sugerencias en cuanto a autoridad en familia

Se deben establecer criterios y normas desde que el niño es pequeño.

La autoridad familiar se basa en el establecimiento y respeto de los derechos y deberes del niño y de los padres mediante reflexión y educación

Los valores, las normas y los límites enseñan a los niños lo que debe hacer y porque debe hacerlo

En el proceso de construcción de la disciplina debemos recordar que autoridad significa sostener para crecer, basados en la firmeza, consistencia, paciencia, y cariño.

El ejemplo es la esencia fundamental en la educación de los hijos

No olvidar que el estímulo mantiene al niño en el camino correcto y permite una crianza humanizada

Las sanciones deben dirigirse a los privilegios, no a los derechos

Los padres debemos aprender a pasar la página y no ser repetitivos. EMPEZAR DE NUEVO.





BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM  
"TOMAS RUEDA VARGAS"



052523