

---

# ¿Por qué me siento como me siento?

---

Una guía para entender algunos  
problemas emocionales  
en los adolescentes





Dr. Bernardo Ng Solís

PRESIDENTE

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

PRESIDENTE ELECTA

Dr. Alejandro Molina

SECRETARIO GENERAL

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez

TESORERO

Dr. Víctor Octavio López Amaro

VICEPRESIDENTE NORESTE

Dra. Marisa Morales Cárdenas

VICEPRESIDENTE NOROESTE

Dr. Hugo Delfino Castellanos Martín

VICEPRESIDENTE OCCIDENTE

Dra. Salvador González Gutiérrez

VICEPRESIDENTE SUR

Dr. Rafael Medina Dávalos

SECRETARIO DE PUBLICACIONES

© D.R. 2020, APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría  
Todos los derechos reservados ©  
Primera edición, México, 2020

Publicado por APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría  
Periférico Sur 4194 Int. 103  
Col. Jardines del Pedregal  
Ciudad de México 01900

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse  
en un sistema de recuperación o transmitirse, en ninguna forma ni  
por ningún medio, sin la autorización previa y por escrito del editor.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

# Introducción

Las enfermedades mentales en el mundo son uno de los principales problemas de salud, y desafortunadamente en los últimos años ha existido un incremento en su prevalencia a nivel mundial. Según datos de la oms, se estima que alrededor de 300 millones de personas presentan un cuadro depresivo, mientras que aproximadamente unos 260 millones, un trastorno de ansiedad, muchos de ellos sin contar con un diagnóstico y tratamiento adecuados.

En nuestro país la situación no es distinta, en muchos casos empeorada por la dificultad de encontrar médicos especialistas y centros especializados para la atención de estos padecimientos. Es de nuestro particular interés el caso de la población infantil y adolescente, la cual, por situaciones propias de su edad y muchas veces de su entorno social y familiar, se encuentra especialmente vulnerable ante la aparición de estos padecimientos.

Esta guía es un esfuerzo conjunto de varios especialistas con la finalidad de brindar información confiable y puntual sobre varios padecimientos que afectan a nuestra juventud, esperando que sirva como paso inicial para la comprensión de las enfermedades mentales y, sobre todo, para la búsqueda de su tratamiento.

Esperamos que la información aquí brindada sea de gran ayuda para todos nuestros lectores y que los ayude a sentirse acompañados en estas enfermedades, las cuales pueden afectar a cualquiera de nosotros.

*Aldo Suárez Mendoza*

PRESIDENTE DE LA

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

2018-2019



# Depresión en adolescentes

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO / DR. MARIO EDUARDO PÉREZ ORDORICA

## ¿Qué es la depresión?

Es un trastorno emocional que persiste por más de dos semanas y que incluye tristeza, irritabilidad, pérdida del interés en cosas que antes nos parecían agradables, fatiga, disminución en la atención y concentración, baja autoestima, ideas de culpa, pensamientos pesimistas, bajo apetito, alteraciones en el sueño y, en casos más graves, ideas de muerte y suicidas.

## ¿Cómo es la depresión de los adolescentes?

Es un trastorno emocional que persiste por más de dos semanas y que incluye tristeza, irritabilidad, pérdida del interés en cosas que antes nos parecían agradables, fatiga, disminución en la atención y concentración, baja autoestima, ideas de culpa, pensamientos pesimistas, bajo apetito, alteraciones en el sueño y, en casos más graves, ideas de muerte y suicidas.

## ¿Cómo puedo saber si mi hijo adolescente está deprimido?

Debe sospecharse cuando se observan cambios en la conducta, con tendencia hacia la irritabilidad e intolerancia, con agresividad verbal y conductas desafiantes que antes no estaban. Es común también un cambio repentino en las notas escolares, con quejas sobre el desempeño académico y la conducta. Puede verse también inclinación al aislamiento, abandono de actividades que antes disfrutaban o menos interés del que antes tenían, cambios en sus hábitos de sueño, higiene y aliño, verlos cansados y distraídos, pelearse con sus amigos o evitarlos y expresar rechazo escolar. En algunas ocasiones se pueden observar autolesiones (cortes superficiales en muñecas, muslos o antebrazos, pellizcos, lesiones en los nudillos, etcétera).

## Mi hijo está triste ¿esto quiere decir que tiene un trastorno depresivo?

No necesariamente. Como se explicó con anterioridad, la tristeza no es sinónimo de depresión. La tristeza es un sentimiento normal, presente en todos los seres humanos y que se manifiesta ante una situación que

nos es dolorosa. La depresión, por su parte, comprende una patología que va más allá de sólo el sentimiento de tristeza, ya que incluye toda una gama de síntomas variados.

## ¿Es común la depresión en adolescentes?

La depresión tiene una prevalencia del 5.6% en los adolescentes. De acuerdo a una reciente encuesta de la Ciudad de México, la prevalencia es del 12.4% y la edad promedio de inicio es a los 13 años.

## ¿Es más frecuentes en hombres o en mujeres?

Se presenta con más frecuencia en mujeres (relación 3:1).

## ¿Qué causa la depresión en los adolescentes?

Las causas son múltiples: hay factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores. Estos factores pueden ser atribuidos a causas genéticas, fisiológicas y ambientales, y muchas veces es una combinación de todas y, por lo que es difícil atribuir una sola causa para su origen.



### **¿Cuáles serían ejemplos de factores ambientales?**

Eventos traumáticos en la vida, la muerte de un padre, abuso o negligencia por parte de sus padres o tutores, exeso en el consumo de alcohol y otras drogas, *bullying* (acoso escolar), aislamiento social, relaciones interpersonales negativas, inestabilidad familiar y uso o abuso de drogas en los padres, sólo por mencionar algunos.

### **¿La depresión se hereda?**

La depresión tiene una heredabilidad de entre el 30 y 50%.

### **¿Quiénes pueden hacer el diagnóstico de depresión?**

Los psiquiatras son los médicos especialistas en las enfermedades mentales y pueden diagnosticar los trastornos depresivos. Los psicólogos también están entrenados para detectar síntomas afectivos en sus pacientes.

### **¿Cuál es el tratamiento para la depresión?**

El tratamiento para los casos leves y de menos de cuatro semanas de duración debe incluir terapia de apoyo, cambios en los hábitos de higiene del sueño, nutrición y ejercicio, así como psicoeducación (entrenamiento y asesoramiento sobre la salud mental) a la familia y al paciente.



En los casos moderados a graves se debe de incluir una psicoterapia individual, sugiriendo un corte cognitivo conductual o interpersonal y medicación por parte de psiquiatría.

### **¿Cuáles son los medicamentos para la depresión?**

Los medicamentos más usados para la depresión son los llamados antidepresivos. De estos hay tres familias principales: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (isrs), inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina, y antidepresivos tricíclicos.

### **¿Cuánto dura el tratamiento con antidepresivos?**

Se sugiere su uso por un periodo de seis meses a un año dependiendo de cada paciente y la severidad del cuadro que presenten.

### **¿Son los antidepresivos un tratamiento seguro?**

Los tratamientos con antidepresivos se consideran seguros ya que la gran mayoría de los posibles efectos adversos llegan a ser de leves a moderados y, solo se presentan en una pequeña parte de los pacientes que los utilizan.

### **¿Qué efectos adversos pueden darse con el uso de antidepresivos?**

Los efectos adversos incluyen náusea, dolor abdominal, sudoración, insomnio, temblor fino en manos, resequedad de boca y sedación. La mayoría de éstos desaparecen durante las primeras semanas de uso.

### ¿Son adictivos los antidepressivos?

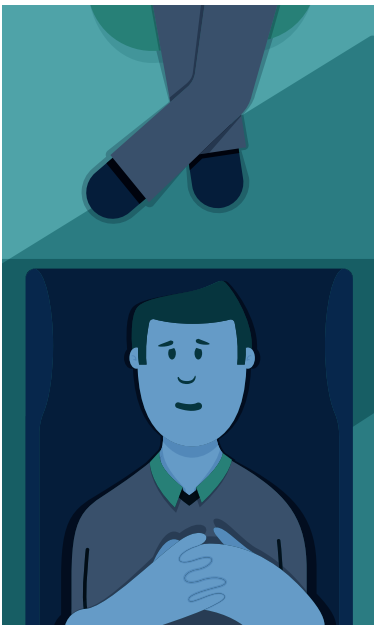
Éste es quizá el mito más frecuente de este tipo de medicamentos; sin embargo, no existen evidencias de ello. Mucha gente confunde el haberse curado de la depresión y tener una recaída como una prueba de que necesitan la medicación de por vida, pero esto no es así.

### ¿Qué otros tratamientos existen además de la terapia y los medicamentos?

Existen otras terapias que han resultado eficaces para la depresión, como la estimulación magnética transcraneal, el *neurofeedback* y, en algunos casos resistentes, terapia electro-convulsiva.

### ¿Cuáles son las consecuencias de una depresión no tratada?

Una depresión no tratada tiende a la cronicidad, es decir, que los síntomas se prolonguen indeterminadamente. Con frecuencia se le suman otros padecimientos psiquiátricos como ansiedad (50%), autolesiones, psicosis y suicidio. Adolescentes con cuadros depresivos crónicos tienden a presentar de dos a siete veces más cuadros de depresión en la vida adulta. La depresión conlleva una gran pérdida en el funcionamiento familiar, académico, laboral y social, con consecuencias en todas estas áreas de su vida.



### ¿Toda depresión llega al suicidio?

No. La depresión, especialmente si es moderada o grave, incrementa el riesgo de realizar una conducta suicida; sin embargo, no es la única causa de suicidio, especialmente entre los adolescentes. El índice de suicidios es de cinco por cada cien mil habitantes.

### ¿Puede alguien recaer en la depresión?

La depresión, como muchos otros padecimientos, puede tener recaídas. Desafortunadamente, alrededor de 38% de los adolescentes presenta recaídas, por lo que es importante mantener seguimiento con el médico tratante y el psicólogo.

### ¿Qué puedo hacer si creo que mi hijo padece depresión?

Lo más importante es buscar ayuda con algún experto en temas de salud mental. Él podrá orientarte a ti y a tu hijo sobre lo que está ocurriendo y, de ser necesario, iniciar un tratamiento.

Es importante también mostrar interés y preocupación por lo que ocurre con tu hijo, y ser comprensivo sobre sus síntomas. No temas mostrar tu cariño.

---

#### Bibliografía

- Ortiz León, S., & Jaimes Medrano, A. L. (2015). Trastorno depresivo mayor. En F. R. De la Peña Olvera (1 Ed.), *Psicopatología básica de niños y adolescentes* (pp. 255-263). Ciudad de México, México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Licona Martínez, A., & De la Peña Olvera, F. R. (2017). Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. En F. R. De la Peña Olvera (1 Ed.), *Compendio de guías clínicas en psiquiatría niños y adolescentes* (pp. 259-271). Ciudad de México, México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Coghill, D., Bonnar, S., Duke, S. L., Graham, J., & Seth, S. (2009). Depression. In D. Coghill, S. Bonnar, S. L. Duke, J. Graham, & S. Seth (1 Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 249-262). New York, USA: Oxford University Press.

# Suicidio en adolescentes

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO / DR. MARIO EDUARDO PÉREZ ORDORICA

## ¿Qué es el suicidio?

Es el acto intencionado de quitarse la vida. Tiene diferentes etapas: fantasías suicidas (la persona imagina la posibilidad de su propia muerte por suicidio pero sin estructurar ni los motivos, ni los métodos para llegar a tal; este tipo de fantasías y pensamientos son comunes en la adolescencia y no forzosamente representan un riesgo para el adolescente), ideas suicidas (El adolescente piensa en quitarse la vida y los motivos para hacerlo, pero no ha planeado cómo ni cuándo hacerlo; en esta etapa es importante buscar ayuda con un profesional de la salud mental), planeación suicida (cuando no sólo ha pensado en cometer suicidio, sino que ya ha pensado cómo hacerlo y cuándo; en esta etapa es indispensable buscar ayuda con el médico psiquiatra), intento suicida (el adolescente ha intentado quitarse la vida, pero sin llegar a consumarlo; en esta etapa es necesario el internamiento hospitalario) y suicidio consumado (cuando el adolescente ha terminado con su vida).

### ¿Es común el suicidio?

Se estima que el suicidio ocurre entre una y dos personas por cada 100,000 habitantes entre los 10-14 años, y de cuatro a ocho entre los 15 y 19 años.

### En México, ¿el suicidio es frecuente?

En el país, de acuerdo a las encuestas realizadas en el 2015, el suicidio consumado ocurre en 5.2 por cada 100,000 habitantes. Por estados, los que presentan mayor número de suicidios consumados por cada 1000,000 habitantes son:

1. Chihuahua, 11.4
2. Aguascalientes, 9.9
3. Campeche, 9.1
4. Quintana Roo, 9.1

El 48% de los suicidios consumados son jóvenes de entre 15 y 29 años, y 3.7% entre 10 y 14 años.

### ¿El suicidio ocurre más frecuentemente en hombres o en mujeres?

La mortalidad es más frecuente en varones, con una incidencia 4:1. Sin embargo, es importante aclarar que el intento suicida sí es más frecuente en mujeres.

### ¿Qué causa el suicidio?

Existen varias causas para llegar al suicidio. Las enfermedades psiquiátricas son una causa común, entre las que destacan depresión, ansiedad, abuso de alcohol y uso de drogas. Sin embargo, no siempre una enfermedad mental puede ser la causante; otros factores, como una enfermedad física crónica que conlleve dolores intensos y prologados o el deterioro del funcionamiento físico, pueden llevar al suicidio.

### ¿Es el suicidio heredable?

Se ha observado que en personas con un familiar en primer grado que haya consumado el suicidio, se tiene dos a cuatro veces más probabilidades de cometer suicidio.





### **¿Pueden existir conductas que pongan en riesgo la vida sin llegar a ser suicidas?**

Muchas veces, entre los adolescentes la impulsividad puede llevar a conductas de riesgo conocidas como "parasuicidas". Ejemplos de éstas son: manejar en estado de ebriedad a alta velocidad, consumir muchas drogas, autolesionarse, no tomar medicamentos indispensables para enfermedades que se parecen, como la diabetes mellitus, y otras más.

### **¿Cuál es el tratamiento para el suicidio?**

Lo mejor, como en muchas otras patologías, es prevenir: hablar directamente con los adolescentes sobre el tema e, identificar las señales de riesgo, así como tratar las enfermedades psiquiátricas que se encuentren presentes, es decir, si hay depresión, tratar la depresión, si hay ansiedad, tratar la ansiedad.

### **¿Es necesario internar a mi hijo si realiza un intento suicida?**

Todo intento suicida debe ser valorado por un médico psiquiatra especializado en niños y adolescentes y seguir sus instrucciones, dentro de las cuales puede incluir el internamiento hospitalario. Éste será la prioridad si el intento suicida ha dañado gravemente la salud del adolescente (por ejemplo, en el consumo de algún veneno o medicamento) para estabilizarlo y monitorizar sus signos vitales. Cuando se decide el internamiento, además de la estabilización del paciente, se le valorara para buscar la causa del intento suicida e iniciar su tratamiento.

---

#### **Bibliografía**

- Coghill, D., Bonnar, S., Duke, S. L., Graham, J., & Seth, S. (2009). Depression. En D. Coghill, S. Bonnar, S. L. Duke, J. Graham, & S. Seth (1 Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 249-262). New York, USA: Oxford University Press.
- INEGI. (2017, 7 septiembre). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado 18 mayo, 2018, de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)

# Autolesiones

DRA. DIANA PATRICIA GUIZAR SÁNCHEZ / DRA. JACQUELINE CORTÉS MORELOS

## ¿Qué son las autolesiones?

**Son conductas que buscan dañar o lesionar el propio cuerpo sin un fin suicida. Muchas veces, la intención es la de eliminar emociones, sensaciones o pensamientos negativos (tristeza, ansiedad, tensión, autocrítica, culpa o enojo). Esta conducta y sus consecuencias afectan el funcionamiento en todas las áreas (social, familiar, escolar y de pareja) para quien la practica.**

### ¿De que manera se realizan las autolesiones?

Puede manifestarse con cortes superficiales, quemarse, frotarse excesivamente, morderse, golpearse o picarse con objetos como agujas, puntas de seguros, alfileres, o interferir con la curación de heridas previas como quitarse costras.

### ¿Cómo se siente la persona que se autolesiona?

Es común que al inicio sienta un alivio emocional, lo que hace que la conducta se mantenga. Sin embargo, a largo plazo, provoca emociones negativas (como sentimientos de culpa y de vergüenza) y como consecuencias físicas (como infecciones, lesiones o cicatrices en la piel) que los afectados tratan de ocultar cubriéndose con ropa de manga larga, muñequeras, tatuajes, pulseras, etcétera.

Curiosamente, se llega a tener mayor tolerancia al dolor, por lo que es común que estas personas no interpreten el dolor físico de sus autolesiones de manera adecuada.

### ¿Qué otras razones pueden tener los que se autolesionan?

Otras razones incluyen: castigarse a sí mismos, llamar la atención, aliviar una sensación de vacío, hacer sentir culpables a otros, ser aceptado por un grupo que tiende a autolesionarse.

### ¿Qué tan común es esta conducta entre los adolescentes?

Aunque cualquier persona de cualquier edad puede tener estas conductas, la edad de inicio más común es la adolescencia temprana (12-15 años). Entre el 14% y el 20% de los adolescentes informan haber participado en conductas autolesivas al menos una vez en su vida.

Se ha reportado que en poblaciones escolares de adolescentes alcanza hasta el 46%, siendo más frecuente en mujeres. La edad promedio de inicio es alrededor de los 13 años.

### ¿Cómo detectar si mi hijo (a) se autolesiona? ¿Cuáles son las partes del cuerpo en donde más se autolesionan?

El primer paso para detectarlo es admitir que es una posibilidad real, te guste o no. La explicación de algunas conductas extrañas o un exceso de irritabilidad no debe limitarse a pensar que "así son los adolescentes". Aquellos que se autolesionan, por lo general, se cortan en las muñecas y en los muslos. El signo de alarma más evidente es el uso de muñequeras o brazaletes que impidan ver la piel, así como las mangas y pantalones largos. Si llegas a ver estas señales, es muy probable que tu hijo o hija ponga un pretexto rápido, como que lo arañó el gato del vecino. Además, pasan mucho tiempo solos en el baño o cuarto, dejan navajas de afeitar o sangre en la basura, su estado de ánimo cambia de muy estresado o triste a sentirse feliz o alegre en un corto periodo.

Las zonas más frecuente son los brazos-antebrazos, seguido de piernas, pecho, cara y abdomen.

### **Además de las autolesiones, ¿qué otras características pueden presentar las personas que se autolesionan?**

Es común que las personas presenten pobre comunicación verbal, dificultad en las habilidades para la solución de problemas, así como poca tolerancia al estrés y a la frustración.

### **¿Qué se puede hacer cuando se identifica este problema?**

Se brinda asesoramiento al paciente, a los padres y maestros. Deben identificarse las relaciones significativas tanto de apoyo o que representen una amenaza que puedan modificar el grado de riesgo de las autolesiones. Guiar e informar sobre lugares en donde se puedan brindar los apoyos sociales, educativos y de salud disponibles en la comunidad.

### **¿Qué puedo hacer si sospecho que quien lo hace es mi hijo(a)?**

1. Si sospecha que su adolescente se corta, evitar forzarlo para que te enseñe las marcas. En lugar de eso, siéntate a platicar y expresa tus preocupaciones de manera calmada y afectuosa. La idea no es obligarlo a confesar, sino que se sienta con la suficiente confianza para decirte lo que siente y el motivo que está llevando a lastimarse.
2. Mantén la calma y trata de controlar tus emociones; enojarte, gritarle, regañarlo o reprocharle no le ayudará.
3. Pregúntale si están bien.
4. Apóyalo para obtener ayuda temprana
5. Reconoce que el daño a sí mismo podría ser su herramienta para afrontar (el estrés, emociones desagradables, o problemas familiares, etc), y no esperes que se detengan hoy.

6. No aceptes guardar secretos si su seguridad está en riesgo, es posible que debas decirle a algún profesional de la salud mental.

### **¿Qué otros tratamientos son de utilidad?**

La terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar son muy importantes. La terapia familiar se recomienda por la asociación que hay entre síntomas depresivos y/o ansiosos y la disfunción familiar observada, así como niveles elevados de crítica, hostilidad familiar y enfermedades emocionales en los padres. Los padres pueden ayudar al adolescente a identificar eventos o situaciones disparadoras de ansiedad y realizar técnicas de relajación, así como tratar de evitar estos disparadores de las emociones negativas que llevan al adolescente a autolesionarse.

### **¿Existe algún medicamento que controle la conducta autolesiva?**

No existe tratamiento específico de medicamentos para las autolesiones, pero sí medicamentos que pueden tratar exitosamente las enfermedades emocionales que los pacientes que se autolesionan puedan presentar, de ahí que algunos antidepresivos u otros medicamentos puedan ser usados con éxito en conjunto con la psicoterapia. Además de los antidepresivos, se pueden usar medicamentos que disminuyan la impulsividad, la irritabilidad o enojo. Todos los tratamientos farmacológicos deben de ser indicados por un médico especialista en psiquiatría Infantil y del adolescente, conocida también como paidopsiquiatra.



## **Referencias**

- De la Peña Olvera, F. R. (2017). *Compendio de Guías Clínicas en Psiquiatría, Niños y Adolescentes*. Asociación Psiquiátrica Mexicana. 6, 375-370.
- De la Peña Olvera, F.R. (2015). *Psicopatología Básica de Niños y Adolescentes*. Asociación Psiquiátrica Mexicana. 14, 569-582.
- Glenn, C. R., & Klonsky, D. E (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.
- Lewis, S. P, Heath, N. L., St. Denis, J. M., & Noble, R. (2011a). The scope of non-suicidal self- injury on YouTube. *Pediatrics*. 127, e552-e557. doi:10.1542/peds.2010-2317.
- Nock, M.K. (2009) *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M.K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of non-suicidal self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83

# Cómo hablar de temas difíciles

## La importancia de compartir contenidos: *co-viewing*

IRENE GARCÍA GONZÁLEZ

### ¿Qué es el *co-viewing*?

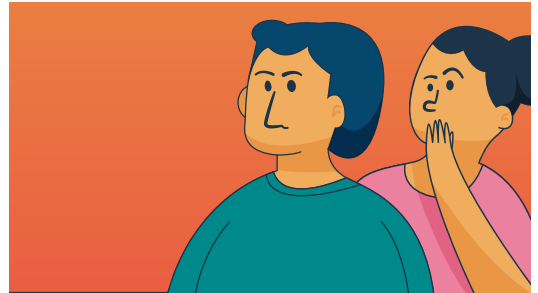
*Co-viewing* es enriquecer la experiencia de ver un programa junto a los hijos al generar conversación y un aprendizaje de valor a cualquier edad.

### ¿Por qué es importante el *co-viewing*?

Vivimos en una realidad inmersa en la tecnología, internet y redes sociales. Es imposible sacar a los adolescentes de esta realidad, por lo que son los padres quienes deben involucrarse más en los contenidos que están viendo los hijos. Ellos deben ser los principales educadores, pues dejar a los hijos en manos de la tecnología es peligroso e irresponsable, ya que hay una infinidad de contenidos en internet y redes sociales con información que no es veraz o es inadecuada para su edad. Estar junto a los adolescentes mientras consumen programas, películas, videojuegos o aplicaciones es una gran herramienta educativa que abre la comunicación en esta complicada etapa de la vida.

### Antes de hacer *co-viewing*

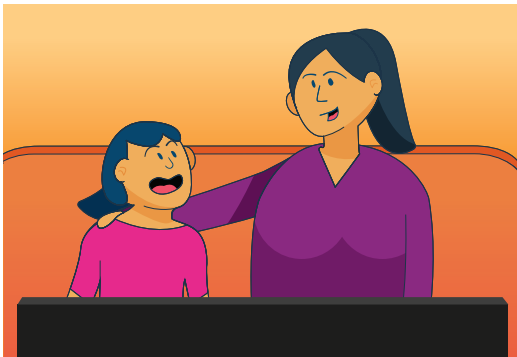
Si tu hijo tiene curiosidad sobre un tema en particular busca películas o series que traten sobre eso mismo. Muchas veces es más fácil abordar los temas poniendo las situaciones en personajes de ficción. Busca en



el sitio [www.commonsemmedia.org](http://www.commonsemmedia.org) la edad recomendada para series, videojuegos, aplicaciones, películas y libros que tu hijo quiere ver o jugar. Si no es adecuado para su edad, ve el contenido primero y si crees que tu hijo está listo para comprenderlo dile que vas a estar a su lado para resolver cualquier duda.

### ¿Cómo iniciar la conversación?

- El *co-viewing* es lograr que el adolescente reflexione sobre lo que consume en internet o televisión, hacer que vaya más allá de sólo ser un espectador pasivo.
- Si te es posible pon pausa al programa y comenta la situación que está sucediendo en la pantalla.
- Pregúntale a tu hijo si alguna de esas situaciones le parece real o si conoce a alguien que esté pasando por eso.
- Pregunta qué haría en el lugar de el protagonista o de alguno de los otros personajes.
- Si no sabes cómo contestar alguna de las preguntas de tu hijo o la situación es más delicada, pide ayuda a algún experto.



# Bullying

DRA. JACQUELINE CORTÉS MORELOS

## ¿Qué es el *bullying*?

El *bullying* o acoso escolar es un conjunto de comportamientos negativos, desagradables o hirientes, intencionados y repetitivos, realizados por una o más personas, dirigidos en contra de otra que tiene dificultad para defenderse. Es una forma de violencia entre pares o compañeros en donde existen alteraciones emocionales o de conducta, tanto en los abusadores como en las víctimas.

## ¿Qué alteraciones emocionales o conductuales tienen los que abusan?

Por lo regular no se apegan a las reglas o las desafián, pueden llevar la contraria, discuten con figuras de autoridad, gustan de molestar o culpar a otros de sus errores o mal comportamiento, se molestan con facilidad, pierden la calma, a menudo están enfadados o resentidos, tienden a ser rencorosos y vengativos. Pueden además no respetar los derechos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad. Pueden ser agresivos en contra no sólo de personas sino también de animales. Algunos han tenido conductas delictivas, tienden a ser mentirosos, pueden escaparse de casa por las noches, o irse de pinta, y hasta incendiar cosas o destruir propiedad ajena entre otros.

## ¿Cómo son o tienden a actuar las víctimas?

Pueden presentar síntomas depresivos y no es raro que también existan de ansiedad, como preocupaciones constantes. Es común que las víctimas tiendan a ocultar el *bullying* por miedo a represalias por parte de los abusadores o por pena ante sus pares, maestros y padres, ya que podrían pensar que no son capaces de defenderse por sí mismos.

## ¿Quién más participa en el *bullying*?

Además del abusador y la víctima, también hay quien es abusador-víctima o víctima agresiva quienes pueden ser provocadores de violencia o responder de manera reactiva con falta de control de su conducta. Otro tipo de participante es al que se conoce como neutro, que suele ser espectador y permite que el abuso se presente.

## ¿Cómo se presenta el *bullying*?

### Físico

Golpes, empujones, patadas, jalones, meter el pie para provocar caídas, etcétera.



### Verbal

Se utiliza el lenguaje para causar malestar psicológico con la finalidad de humillar, intimidar u otra razón despectiva; por ejemplo: apodosos hirientes, insultos, burlas, etcétera.



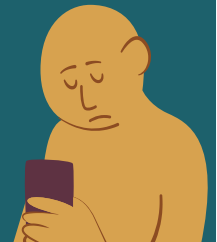
### Relacional

Es cuando los individuos usan su posición en el grupo o relaciones personales para causar malestar psicológico, por ejemplo: esparcir rumores, aislarlo o no tomarlo en cuenta, bromas pesadas, excluirlo o hacer como si no existiera, amenazas o intimidaciones.



### Cyberbullying

Uso intencionado de la tecnología de la información para realizar el acoso.



### ¿Qué es el *cyberbullying*?

El *cyberbullying*, ciberacoso o acoso cibernético implica un contacto constante usando medios electrónicos a pesar de que se ha solicitado que se detenga. Puede tomar varias formas, desde mensajes de texto, rumores, correos no deseados, publicaciones en redes sociales, divulgación de videos o fotografías vergonzosas, o crear perfiles falsos para generar daño a las personas. Los lugares más comunes en donde ocurre son redes sociales como Facebook, Instagram, Snapchat y Twitter, mensajes de texto cortos (sms), y videojuegos.

### ¿Por qué se realiza el acoso cibernético?

El acoso premeditado ocurre por incomodidad o desagrado generado por una persona, grupo o evento específico. La frustración del momento puede llevar al individuo a tal enojo, que busca el medio para generar contenidos vengativos y así devolver y expresar su molestia por medio de la violencia.

#### Algunas causas son:

- Un reto
- Por envidia o celos
- Para quedar bien o engrandecerse frente a los amigos
- Por malicia
- Por venganza
- Para avergonzar o ser avergonzado
- Por diversión o entretenimiento
- Porque el/la otro(a) lo merecía
- Por otras razones

## Perfil de un *cyberbully*

- 59% mujeres, 41% hombres.
- Pasan más tiempo en línea: 38.4% en comparación con 26.8% del resto de los adolescentes.
- Tienen *smartphone* (88%) y un perfil o cuenta en redes sociales (93%).
- Han enviado un email en el último mes (90%), han revisado el perfil de alguien más (88%), han actualizado su perfil (90%), y han publicado o visto fotos y/o videos (83%).
- Han publicado fotos de sí mismos (80%) o con amigos (83%) en un blog o perfil público.
- Piensan igual que el resto acerca de que la información publicada en línea es poco segura 54%, contra 59% del resto de los adolescentes.
- No se preocupan sobre el efecto negativo que la información publicada en línea pudiera ocasionar a futuro, 79% contra 76% del resto de los adolescentes.
- Están más dispuestos a admitir que hay menos afectación con el *cyberbullying* que con un acoso presencial, 87% en comparación con 81% del resto de la población.



## Señales que podrían indicar que los jóvenes están involucrados en temas de *cyberbullying*

- Al acercarnos, tienden a apagar rápidamente sus celulares o cerrar sus monitores para evitar que se vea el contenido.
- Usan sus dispositivos móviles hasta altas horas de la noche.
- Se irritan fácilmente cuando no tiene acceso a datos o a alguna señal de internet.
- Evitan hablar sobre lo que hacen en su móvil o computadora.
- Cuentan con varios perfiles en múltiples servicios de redes sociales, no necesariamente suyos.
- Se enferman con mayor frecuencia y buscan razones/pretextos para faltar al colegio.
- Sus amigos refieren que tienen problemas en la manera en la que interactúan en las redes sociales.
- Pierden el control de su vida por la alta interacción en estos medios.

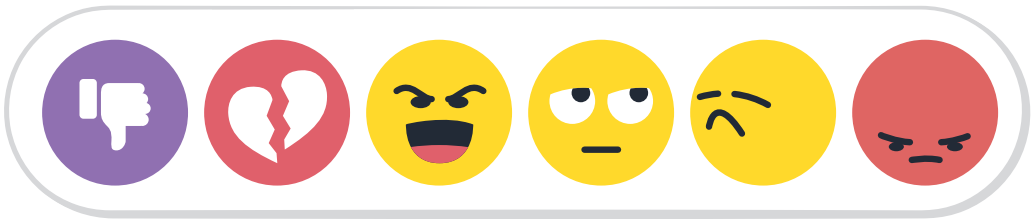
### Factores ambientales

Previo a la era de los *smart devices*, los jóvenes o las víctimas de acoso tenían la oportunidad de volver a sus casas después de la escuela, disfrutar el fin de semana, tomar vacaciones de verano y descansar del acoso. Desde la aparición de los *smartphones*, las *tablets*, las computadoras portátiles y los videojuegos en línea, esta conducta tiene el poder de perseguir a la víctima y torturarlas sin descanso.

Podemos concluir que, en este espacio virtual, la distancia entre ambos actores permite al acosador la libertad de llevar a cabo la agresión. Cuatro de cada cinco adolescentes consideran que es más fácil salirse con la suya a través de estos medios, y no tener repercusiones en comparación con el acoso presencial.

### Señales de riesgo

- Se aíslan y muestran paulatinamente mayor dificultad para relacionarse socialmente.
- Comienzan a separarse de sus amigos.
- Cuando están en el celular conectados a internet, no interactúan con otros jóvenes de su misma edad.
- Muestran una falta de interés en actividades que anteriormente le divertían o apasionaban.
- Pasan muchas horas conectados a sus celulares.



### Qué medidas tomar en caso de *cyberbullying*

- No responder a la persona que está acosando.
- No reenviar contenido que pudiera afectar a otros o ser usado en nuestra contra.
- Bloquear a la persona que está haciendo el acoso.
- Reportar el caso de ciberacoso a los proveedores de servicio; en ocasiones el acoso viola los términos y condiciones.
- Reportar los casos de ciberacoso a las autoridades.
- Reportar la situación al colegio.
- Guardar toda la evidencia, screenshots (fotografías de la pantalla del celular), fechas, horas, descripciones de lo que ocurrió, correos, mensajes de texto, compañía de teléfono, etcétera.

### ¿En dónde ocurre el *bullying*?

El *bullying* tiene diferentes escenarios: dentro del salón de clases (en presencia o no de los profesores), en los pasillos, baños o patio de la escuela, en el trayecto de la escuela-casa-escuela y en cualquier lugar si se trata de *cyberbullying*.

### ¿Cómo se previene y se trata el *bullying*?

Las intervenciones para prevenir y tratar el *bullying* son variadas e incluyen: a los participantes (abusadores, víctimas y neutros), padres o tutores y/o familia, así como a los incluidos en el área escolar y a la comunidad.

Siempre será buena la evaluación de un especialista en el área de la salud mental (psiquiatra de niños y adolescentes, psicólogos, terapeutas especialistas por ejemplo en terapia cognitivo-conductual, sistémico-familiar, etc.) para identificar y tratar enfermedades emocionales con los diferentes abordajes terapéuticos.



En el ámbito escolar es importante implementar capacitaciones para padres de familia y maestros, supervisión de patio y pasillos en la escuela, métodos disciplinarios, manejo en el aula, reglas en clase, adoptar una política total *antibullying*, etcétera.

Es importante desmitificar el *bullying* ya que existen personas que consideran que este tipo de conductas son “formadoras de carácter” o “que son normales, ya que los niños son crueles”, pensamientos que tienden a perpetuarlo.

---

### Referencias

- *Cuestionario sobre las relaciones de maltrato e intimidación entre compañeros y compañeras* (CURMIC) (2010). Secretaría de Educación del DF y Universidad Intercontinental.
- Cortés Morelos J y cols. *Bullying en Estudiantes Universitarios*. Poster presentado en la Annual Meeting, 2013. American Psychiatric Association, San Francisco Estados Unidos.
- De la Peña Olvera F. R. (2017). *Compendio de Guías Clínicas en Psiquiatría, Niños y Adolescentes*. Asociación Psiquiátrica Mexicana. 6, 375-370.
- De la Peña Olvera F.R. (2015). *Psicopatología Básica de Niños y Adolescentes*. Asociación Psiquiátrica Mexicana. 14, 569-582.
- *Escuelas aprendiendo a convivir: Un modelo de intervención contra el maltrato e intimidación entre escolares (bullying)*. Manual (2011). Secretaría de Educación del DF.
- Cox Communications Teen Online & Wireless Safety Survey: *Cyberbullying, Sexting, and Parental Controls in Partnership with the National Center for Missing & Exploited Children (NCMEC) and John Walsh*, May 2009, [http://www.cox.com/wcm/en/aboutus/datasheet/takecharge/2009-teen-survey.pdf?campcodetakecharge-research-link\\_2009-teen-survey\\_0511](http://www.cox.com/wcm/en/aboutus/datasheet/takecharge/2009-teen-survey.pdf?campcodetakecharge-research-link_2009-teen-survey_0511)
- Jeammet, Philippe. (2002). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Tomo 33/34, Páginas 59-91
- Hitchcock, J.A.. (2017). *Cyberbullying and the Wild, Wild Web: What You Need to Know*. Editorial Rowman & Littlefield. USA.
- Schreck, A., y Páramo Riestra, M. (2015). *Misión imposible: cómo comunicarnos con los adolescentes*. Editorial Grijalbo. CDMX



# Prevención y consecuencias de abuso de sustancias

DR. JUAN PABLO DE LA FUENTE STEVENS

## ¿Qué es una droga?

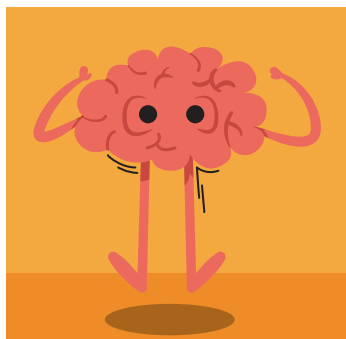
La oms define como droga a "toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia".

## ¿Cuáles son los diferentes tipos de drogas?

Existen diferentes clasificaciones según el estatus legal, el origen, el efecto o el riesgo. Según el efecto farmacológico sobre el sistema nervioso central (snc) se clasifican en:

### Estimulantes

Aquellas que activan el snc.



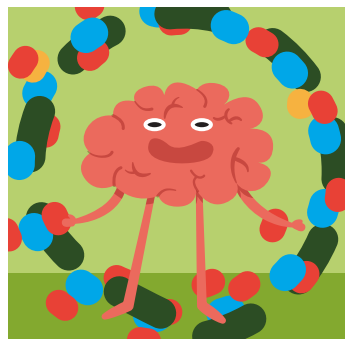
### Depresores

Sustancias que disminuyen el grado de actividad del snc.



### Psicodélicos

Producen alteraciones perceptivas.



## ¿Qué es una adicción?

Se dice que sufrimos dependencia o adicción a una droga en la medida en que no podemos realizar nuestras actividades diarias si carecemos de ella. Una persona adicta utiliza la mayor parte de su tiempo en buscar la droga de la cual es dependiente y en reponerse de sus efectos. Asimismo el sujeto continúa administrándose la sustancia a pesar de que le provoque efectos adversos físicos, sociales y familiares.

**Dependencia física:** Se relaciona con los fenómenos de tolerancia (necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado o un efecto notablemente reducido tras el consumo continuo de la misma cantidad de la sustancia) y abstinencia (estado negativo y de malestar que se evita o alivia al consumir de nuevo la sustancia).

**Dependencia psicológica:** Surge al relacionarse un evento específico (externo: estrés ambiental; o interno: emociones, recuerdos) con la aparición del consumo de la sustancia.

### ¿Cuáles son las fases proceso de consumo?

**El uso experimental:** Todo consumo de alcohol y drogas empieza por aquí. El individuo prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer. No tiene intenciones de hacerlo de nuevo porque tal vez los efectos no fueron placenteros, no le ve un sentido a continuar haciéndolo, o tal vez porque no va de acuerdo con su estilo de vida o forma de pensar. También porque simplemente ha saciado una curiosidad y tiene otras prioridades para su vida.

**El uso recreativo:** Se empieza a presentar el consumo con cierta regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio. No compra ni guarda, lo hace con la gente que conoce y confía, y sólo cuando siente deseos de hacerlo. Su objetivo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. Aunque consume con su círculo de amigos, no todos son consumidores. También ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de drogas y alcohol. No piensa en el consumo como un “escape” o una “solución” a sus problemas porque tiene la capacidad de buscar diferentes alternativas. Se da como un consumo pasajero asociado a situaciones concretas, y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias evidentes. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con situaciones o vías de administración de alto riesgo.

**El uso habitual:** Se tiene una droga de preferencia, un refuerzo permanente y un gusto por lo que se siente. Por eso la frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga puede desarrollar una dependencia física o psicológica, y tarde o temprano empezará a tener problemas cada vez más evidentes; la vida empieza a desestabilizarse.

**Uso compulsivo:** Se depende de la droga, pero no sólo de ella sino del destilo de vida que desarrolla en torno a ella. Puede desarrollar también un consumo

solitario y aislado, sin amigos, y sin mayores actividades. Aquí el uso de la sustancia se da por necesidad y muchas veces para evitar sentirse mal física o psicológicamente. La vida se organiza para garantizarse la droga y consumirla.

**Consumo problemático:** Está determinado por el impacto que éste tiene sobre la salud (problemas visibles, enfermedades crónicas) y consecuencias de tipo social con una connotación negativa (deterioro, aislamiento, conductas problemáticas). Se caracteriza por el uso de una o varias drogas en situaciones que pueden significar peligro: pérdida de velocidad de respuesta y reflejos (manejando, atravesando una calle u operando una máquina), dificultades o incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales, académicas o familiares (ausentismo, bajo desempeño, aislamiento, abandono o descuido de intereses y responsabilidades).

**Abuso y dependencia:** Puede darse de manera abrupta o progresivamente, según la(s) sustancia(s) que se esté(n) usando. Se depende cuando no se puede dejar de consumir, porque si se deja de consumir vienen síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. La vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de la sustancia y se entra en el círculo vicioso de conseguir-consumir-conseguir. El consumidor siente que es imposible resistir el deseo de consumir, que ha perdido el control; siente una fuerte ansiedad al bajar el efecto, que sólo se alivia al consumir de nuevo.

### 5. ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas/alcohol?

Durante la adolescencia ocurren dos fenómenos que marcan este periodo y son de suma importancia para el desarrollo positivo del adolescente: presión social y formación de la identidad.

Se han identificado factores que diferencian a quienes es más probable que abusen de drogas de aquellos que son menos vulnerables.

**Factor de riesgo:** Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

**Factor protector:** Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

### **Dominio individual**

Incluye rasgos de personalidad como valores, creencias, percepción del riesgo, actitudes y expectativas respecto a las drogas; sumados a factores temperamentales y la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresivos.

Niños con poca convivencia social o con conductas agresivas de manera frecuente exhiben dificultades para interactuar con su familia y compañeros. Si este comportamiento continúa, es probable que conlleven otros riesgos. Éstos incluyen bajo rendimiento académico, rechazo por parte de pares y convivencia con pares desafiantes.

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico, psicológico o sexual. Estar involucrado de manera persistente en conductas antisociales (inatención y vulneración de los derechos de los demás, p. ej. mentir, engañar, incumplir las normas sociales) y desafiantes está relacionado al uso de drogas/alcohol.

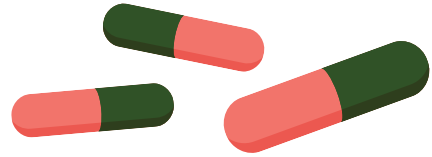
El consumo temprano de drogas incrementa las probabilidades de consumo posterior.

Otros factores de riesgo incluyen una baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad, impulsividad, estados depresivos.

Por otro lado, estar involucrado en actividades pro-sociales como académicas y deportivas reduce significativamente el riesgo de abuso de drogas/alcohol. Otros factores protectores incluyen el reconocimiento de sus contribuciones por parte de los padres y maestros.

### **Dominio familiar**

Las primeras interacciones del niño generalmente se dan en el contexto familiar, y pueden ser positivas o negativas. Por esta razón, factores que afectan el desarrollo temprano en la familia son probablemente los más cruciales. Los niños son más propensos a estar en riesgo cuando hay falta de apego y cuidado por parte de los cuidadores primarios, el parentaje es in-



efectivo, el ambiente familiar es caótico y cuando no existe una figura adulta que sea significativa e importante para el menor. Así, la desintegración familiar y la disfuncionalidad caracterizada por problemas de comunicación, mensajes contradictorios, rigidez en los roles, abandono afectivo o sobreprotección tienen un efecto negativo sobre el desarrollo del adolescente.

El consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, baja supervisión y disciplina familiar, así como actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial y hacia el consumo de sustancias son factores de riesgo.

Por otro lado, el ambiente familiar puede proveer de factores de protección al niño en desarrollo: un apego sólido entre los niños y su familia con involucramiento de los padres en la vida del niño, apoyo emocional, económico, cognitivo y social, oportunidades para la implicación en la familia, altas expectativas parentales, un sentido de confianza positivo y la presencia de límites claros y disciplina forman parte de los factores de protección.

### **Dominio social**

En la adolescencia, el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo, a la vez que se produce una progresiva independencia familiar. En este sentido, su papel como factor de riesgo y/o protección para las conductas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas, compañeros consumidores, conducta antisocial o delincuencia temprana, rechazo por parte de los iguales.

Por otro lado, los factores de protección comprenden el apego a los iguales no consumidores, asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, resistencia a la presión de los iguales, y no ser fácilmente influenciable por los pares.

## ¿Cuáles son las tendencias en nuestro país en población adolescente?

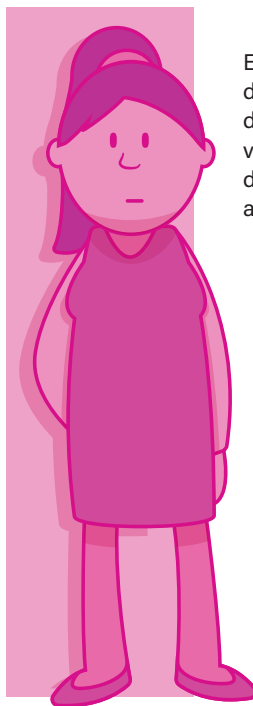
En adolescentes, el consumo aumentó entre 2011 y 2016 de 3.3 a 6.4% para cualquier droga, de 2.9 a 6.2% en drogas ilegales y de 2.4 a 5.3% en marihuana.

La edad de inicio del consumo de drogas disminuyó de 18.8 años a 17.8 entre 2011 y 2016.

En los hombres, las prevalencias de haber consumido alguna vez tienen cambios significativos (de 3.9 a 6.6% en drogas ilegales, de 4 a 6.6% en cualquier droga y de 3.5 a 5.8% para marihuana).



En las mujeres aumentó de 2.6 a 6.1% el consumo de cualquier droga alguna vez, de 1.9 a 5.8% el de drogas ilegales y de 1.3 a 4.8% el de marihuana.



Respecto al alcohol, el consumo en adolescentes ha permanecido estable desde 2011, (de 42.9 a 39.8%).

Así también, las prevalencias del último año y del último mes no han tenido variaciones significativas, al pasar de 30 a 28% y de 14.5 a 16.1%, respectivamente.

El consumo excesivo de alcohol ha aumentado significativamente (se duplicó de 4.3 en 2011 a 8.3% en 2016) y en las mujeres tuvo un incremento de más de tres veces (de 2.2 a 7.7%).

### Referencias

- Prospero García, Ó. (2014). *¿Cómo ves? Las adicciones*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. Título. VI. Serie.
- US Department of Health and Human Services. (2004). *Preventing drug use among children and adolescents*. Istraživanja u defektologiji, (4), 79-102.
- Schinke, S., Schwinn, T., Hopkins, J., & Wahlstrom, L. (2016). *Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents*. Preventive medicine reports, 3, 185-188.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., & Thom, B. (2016). *Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample*. Substance abuse, 37(4), 564-570.
- Vaughan, E. L., Gassman, R. A., Jun, M. C., & Seitz de Martinez, B. J. (2015). *Gender differences in risk and protective factors for alcohol use and substance use problems among Hispanic adolescents*. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24(5), 243-254.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Escobar, E. R., Gamino, M. N. B., Salazar, R. M., Hernández, I. S. S., Martínez, V. C., Bautista, C. F., ... & Velázquez, J. A. V. (2018). *National trends in alcohol consumption in Mexico: results of the National Survey on Drug, Alcohol and Tobacco Consumption 2016-2017*. Salud Mental, 41(1), 7-16.

# Violencia de pareja en adolescentes

DRA. DIANA PATRICIA GUIZAR SÁNCHEZ

La violencia en una pareja no es normal, no es otra forma de demostrar el amor. En sentido estricto es el comportamiento en la pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. La violencia se da donde no hay respeto, libertad, valoración mutua y complicidad, y existe, por el contrario, una relación desigual, de abuso de poder de una persona sobre la otra o de control de la relación.

## ¿Cómo puedo saber que estoy en una relación sana?

Es aquella en la que tu pareja te trata con respeto y estás a gusto con ella. Es decir, respeta tus opiniones, y las considera igual de importantes que las de él/ella, organizan las actividades y se divierten juntos, escucha tus opiniones, no tiene problema en que dediques tiempo a tus amigos, puedes hablar de cualquier tema, resuelven sus conflictos hablando, te sientes libre para hacer y decir lo que quieres, haces cosas que te gusta hacer en pareja. Por decirlo de otra forma, en una relación sana ninguno manda sobre otro, los dos se muestran apoyo y cariño.

## ¿Es cierto que sólo les pasa a las mujeres? ¿Se da sólo en algunos estratos sociales?

Es más común que la ejerzan los hombres, sin embargo, tanto la mujer como el hombre perciben violencia de su pareja, las mujeres también utilizan formas de control como la manipulación, el chantaje o la agresión física. Es una situación que se mantiene en silencio porque la gran mayoría considera que son conductas normales, que no aumentarán y no se atreven a denunciar. Se da en todos los estratos sociales aunque es mayor en las áreas urbanas.

## ¿Conoces los tipos de violencia de pareja?

**Violencia física:** ¿Si te pellizca es una agresión?, ¿y si te empuja o te agarra fuerte del brazo?, ¿arroja o rompe objetos frente a ti cuando está enojado? Es el tipo de violencia más conocida y fácil de detectar, supone cualquier acción física contra el cuerpo de la otra persona produciendo dolor o daño.

**Violencia psicológica:** ¿Te dice que si te vistes con esa ropa es para provocar y que no salgas así vestida; ¿te hace sentir mal por lo que le dices o haces; ¿te interrumpe o ignora cuando le hablas? La violencia psicológica causa daño emocional y disminución de la autoestima, controlando las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la otra persona, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, e humillación.

**Violencia sexual:** ¿Obligarte a grabar un video cuando tienen relaciones sexuales es violencia?, ¿insiste en tener relaciones sexuales sin tu consentimiento? Este tipo de violencia incluye cualquier acción que vulnere el derecho a decidir voluntariamente acerca de tu vida sexual o reproductiva, sea a través de amenazas, coerción o uso de la fuerza y la intimidación.

**Violencia social:** ¿Te agrede verbalmente delante de otras personas?, decide con quién sales o hablas?, ¿controla tus redes sociales, llamadas telefónicas?



## ¿Cómo puedo darme cuenta que estoy en una relación violenta?

Estos son algunos ejemplos de que puedes estar sufriendo violencia de pareja:

- Revisa su celular, mensajes, llamadas y redes sociales
- Te obliga a hacer cosas que no te gustan
- Tienes que dar explicaciones de todo lo que haces
- Te ha obligado a tener relaciones sexuales
- Te ridiculiza, te hace sentir torpe, inútil o inferior
- Te impide ver a familiares y amigos, diciéndote que casi no pasan tiempo juntos
- Se enoja si sales sin decirle a dónde vas
- Es una persona simpática y respetuosa con los demás pero contigo es diferente
- Te amenaza, grita o insulta, en privado o públicamente
- Te hace sentir que tienes la culpa de todo

- Controla tu forma de vestir y actuar
- Te responsabiliza por su humor
- Te ha amenazado con agredirte físicamente o lo ha hecho
- Te dice que su conducta es tu culpa porque sacas lo peor de él/ella

Si tu respuesta fue afirmativa a alguna de las anteriores, puedes estar dentro de una relación violenta.

## ¿Qué es el ciclo de la violencia?

Es una secuencia repetitiva que explica en muchas ocasiones los casos del maltrato crónico. Puede mostrarse tanto al comienzo de la relación como después de años de estar juntos. Se describen tres fases:

- Acumulación de tensión
- Estallido o explosión
- Arrepentimiento o luna de miel

## Ciclo de la violencia



### Acumulación de tensión

Insultos, reproches, escenas de celos y control, silencios prolongados, burlas, malestar constante y en aumento.

### Estallido o explosión

Incidentes con todo tipo de agresión física, golpes, ruptura de objetos y amenazas.

### Arrepentimiento o luna de miel

Expresiones de perdón, promesas de cambio, interés sexual, regalos y "tranquilidad".

## ¿Por qué ocurre?

No existe un solo factor que explique este comportamiento, se han estudiado factores como: baja autoestima, violencia intrafamiliar, consumo de drogas, factores culturales como el machismo, relaciones codependientes.

## Entonces... ¿si siente celos no es amor?

El sentir celos en un sentimiento que aparece cuando nos sentimos inseguros y tenemos miedo de perder a la persona que queremos. En su origen no es malo, pero lo negativo es cuando lo sentimos por cualquier cosa y pretendemos forzar a la otra persona a que cambie o se adapte, ya sea mediante la agresión física, psicológica, o de otro tipo, lo que puede generar aislamiento, culpa, pérdida de confianza. Por eso, no se tienen que confundir los celos con muestras de amor.

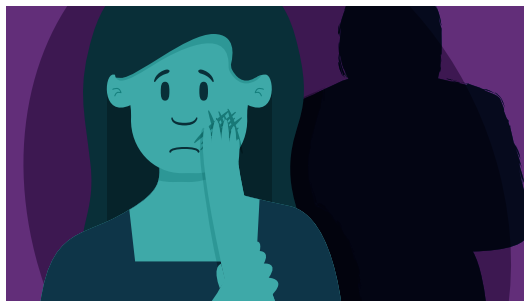
## ¿Qué sentimientos o consecuencias puedo experimentar al estar en una relación violenta?

Culpa, miedo, resignación, baja autoestima, vergüenza, tristeza, ansiedad, enojo, falta de sueño o apetito, falta de concentración, bajas calificaciones, entre otros.

## Estoy en una relación violenta, ¿qué hago?

En principio debes saber que el problema es estrictamente de la persona violenta, tiene que ver con su historia y no con lo que hagas o dejes de hacer. En el noviazgo la violencia es muy sutil y va creciendo

poco a poco con el tiempo, de hecho, las personas sin darse cuenta y al vivir en un entorno violento, frecuentemente aprenden a relacionarse de esta manera. Siempre estás a tiempo: haz un alto y busca entender lo que está pasando, toma las decisiones necesarias como alejarte, pedir ayuda a un profesional especializado y denunciar. Que no se te olvide que las conductas violentas para nada enriquecen ni estimulan tu relación, al contrario, la enferman. No es válido pensar “sólo estamos jugando”, “me cela porque me quiere”, “me dice cómo vestirme porque se preocupa por mí”, “me vigila todo el tiempo, porque no quiere que me pase nada” o “me golpeó porque yo lo provoqué”. Y recuerda: da, pero también exige respeto.



### ¿Qué otros aspectos son importantes conocer en este tema?

No hay que olvidar que parte importante de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los jóvenes es su vida en pareja y los conflictos que la acompañan.

### ¿Qué puedo hacer para ayudar a un/a amigo/a que está en una relación violenta?

- Nunca pienses que es un problema de ellos dos.
- Él/ella te necesita, aunque no te pida ayuda, ya que puede tener miedo.
- Debe saber que quieres ayudarlo/a.
- Debes ayudarlo/a, dejar que se desahogue y creer lo que te cuente, aunque tú la/lo conozcas y no te haya dado esa impresión.
- No debes enjuiciarlo/a por estar aguantando en la relación.
- El hecho de que te lo cuente no quiere decir que haya decidido romper la relación, por eso debes estar cuando te necesite.
- Aunque te diga que no se lo cuentes a nadie, debes buscar ayuda para saber qué se puede hacer en esa situación.

Se ha identificado que los hombres tienden a abusar más físicamente de sus parejas pero el patrón o conducta opuestas ocurre en el abuso psicológico.

La violencia de pareja en el ámbito estudiantil es un problema invisibilizado, es decir, se percibe si la observan en el otro, pero no se percibe la propia.

En una investigación en estudiantes femeninas entre 12 y 24 años, se identificó que las mujeres son víctimas de violencia por parte de su pareja desde etapas muy tempranas. Los tipos de violencia más frecuentes eran los empujones, la falta de respeto, hacer sentir inferior e insultar o gritar palabras desagradables a la pareja. La violencia se presenta desde estudiantes de secundaria; sin embargo, es mayor en los de preparatoria. También se encontró que a mayor depresión mayor violencia. Las conductas de riesgo asociadas con la violencia incluyen abuso de alcohol, consumo de tabaco, bajo rendimiento escolar y antecedente de relaciones sexuales.

### Referencias

- Corral S, *Estudio de la Violencia en el Noviazgo en jóvenes universitarios/ as: cronicidad, severidad, mutualidad de las conductas violentas*. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 9, 2009, pp. 29-48.
- González, M., Muñoz, M. & Graña, J. (2003). *Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión*. Psicopatología Clínica Legal y Forense, 3 (3), pp. 23- 39.
- Peña, F., Zamorano, B., Hernández, G., Hernández, M., Vargas, J. & Parra, V. (2013). *Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos*. Revista Costarricense de Psicología, 32 (1), pp. 27-40.
- Poo MA., *Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios*. TERAPIA PSICOLÓGICA 2008, Vol. 26, N° 1, 81-88
- Rivera, G. (2011). *La violencia durante el noviazgo en adolescentes*. Elementos: Ciencia y Cultura, 19 (82), pp. 39-44.
- Rivera L y cols. (2006). *Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas*. Salud Pública de México. Vol. 48 supp 2: s288-s296.
- Sebastián, I, Ortíz, B., Gil, M., Gutiérrez, M., Hernáiz, A. y Hernández, J. (2010). *La violencia en las relaciones de pareja de los jóvenes ¿hacia dónde vamos?* Clínica contemporánea, 1 (2), pp. 71-82.
- Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana. Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. *Guía del Taller Prevención de la Violencia en el Noviazgo*, (2012) pp. 3-32.

# Abuso sexual

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO / DR. MARIO EDUARDO PÉREZ ORDORICA

## ¿Qué es el abuso sexual?

La OMS define al abuso sexual como “[...] una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, o también, que viola las normas o preceptos sociales”. Estas acciones comprenden desde insinuaciones sexuales, compartir con ellos material pornográfico, realizar tocamientos, grooming, engañar o seducir. Es importante recalcar que el abuso sexual no sólo se puede dar entre un adulto y un niño, si no también entre pares, especialmente si existe una diferencia de poder entre ellos.

### ¿Qué es una violación?

Se considera violación a la introducción del pene u otro objeto en boca, ano o vagina sin el consentimiento de ambas partes.

### ¿Qué es el grooming?

Es la acción de seducir a un menor de edad para realizar algún tipo de actividad sexual (toma de fotografías, sexting, encuentros en persona) realizada por un adulto.

### ¿Qué tan comunes son los delitos sexuales en nuestro país?

Se estima que anualmente existen 600,000 delitos sexuales en el país, sin embargo, sólo el 6% de ellos delitos se denuncian.

### ¿Sólo las mujeres sufren de abuso sexual?

No, cualquier persona indistintamente de su género, orientación sexual, rol o sexo puede sufrir de abuso sexual. No obstante, el porcentaje de mujeres que sufren de abuso sexual es mayor (3 a 1). Aproximadamente el 20% de las mujeres ha sufrido de algún tipo de abuso sexual mientras que el 8% de los hombres han sido víctimas estos delitos.



### ¿Quiénes son los agresores sexuales?

La gran mayoría de los agresores sexuales son hombres heterosexuales (85 al 90%) siendo la mayor parte del tiempo conocidos de la víctima (60 al 90%).

### ¿Cuándo es más común que ocurra el abuso sexual?

En México, la primera agresión ocurre en un 50% de los casos antes de los 12 años de edad.

### ¿Es cierto que las personas que sufren abuso sexual realizaron algo que provocó que fueran abusadas?

No, los únicos culpables son los agresores. Ninguna acción de la víctima puede considerarse un desencadenante para el abuso sexual.



### **¿Qué es un reactor sexual?**

Es una víctima de abuso sexual que comienza a abusar sexualmente de otras personas como reacción ante el abuso sexual. Muchos agresores sexuales fueron víctimas y no recibieron tratamiento.

### **Si soy víctima o conozco a alguien que sufre de abuso sexual, ¿qué debo de hacer?**

Lo más importante es acudir con las autoridades para levantar la denuncia correspondiente. En el caso de México existen agencias ministeriales especializadas en delitos sexuales.

En caso de que el abuso sexual haya consistido en una violación, es importante acudir al Ministerio Público dentro de las primeras 72 horas de haberse cometido el delito para la obtención de pruebas forenses. Si sufriste una violación *no* te bañes, esto puede afectar la recuperación de pruebas forenses.

En caso de no querer acudir a levantar una denuncia es importante que acudas a los Centros Especializados de Salud para el tratamiento de estos eventos, ya que la valoración física y profilaxia de enfermedades es muy importante.

Es importante no revictimizar a alguien que ha sufrido abuso sexual pidiéndole que narre los hechos constantemente; sin embargo, durante las investigaciones o al principio de un proceso terapéutico es probable que se le pida a la víctima que realice una narrativa descriptiva de los mismos. En este caso siempre hay que mostrarse empáticos y comprensivos.

### **Mi pareja me obliga a tener relaciones sexuales, ¿esto también es un tipo de abuso sexual?**

Sí, es un tipo de violencia sexual y de pareja y se considera violación. Las relaciones sexuales tienen que ser con mutuo consentimiento y teniendo ambos la capacidad física y legal de tomar una decisión sobre su sexualidad.

### **¿Cómo se trata el abuso sexual y la violación?**

Cuando alguien es víctima de un delito sexual es importante buscar ayuda lo más pronto posible. Si el abuso o violación tienen menos de 72 horas de haber ocurrido es importante acudir con las autoridades o a centros de salud especializados en estos delitos para que la toma de muestras forenses se realice. De la misma forma se dará tratamiento farmacológico de profilaxis para evitar posibles enfermedades de transmisión sexual (vii и otras etc) y embarazo.

Será importante iniciar un tratamiento psicoterapéutico el cual puede constar tanto de sesiones individuales como grupales y ser de distintos cortes terapéuticos, como terapia cognitivo-conductual o psicodinámica.

Es importante para las víctimas saber que no se encuentran solos en estas experiencias que no son culpables de ninguna manera de que esto les haya ocurrido.

### **¿Qué podemos hacer para evitar ser víctimas del abuso sexual?**

La herramienta más importante es la información. Debemos educarnos sobre nuestros derechos sexuales, el manejo de la desnudez y cómo ejercer una sexualidad sana.

En ocasiones es imposible evitar que los delitos sexuales pasen, pero como en cualquier delito, podemos realizar acciones para prevenirlas como evadir el consumo de sustancias, dar datos personales a desconocidos, evitar situaciones a solas con desconocidos, etcétera.

# Ansiedad en los adolescentes

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO / DR. MARIO EDUARDO PÉREZ ORDORICA

## ¿Qué es la ansiedad?

Si bien la ansiedad puede considerarse una reacción normal ante situaciones de peligro o estrés, cuando nos referimos a trastornos de ansiedad hablamos de un grupo de síntomas caracterizados por sensación de angustia, preocupaciones excesivas, temor o aprensión. Estos se pueden acompañar a su vez de síntomas físicos (taquicardia, sudoración, temblor) y alteraciones del pensamiento y del comportamiento (morderse las uñas, rascarse, arrancarse el pelo).

## ¿Existen distintos tipos de trastornos de ansiedad?

Sí: se encuentran las fobias (miedo excesivo ante un estímulo particular), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros.

## ¿Son comunes los trastornos de ansiedad?

Dentro de los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad son los más frecuentes. Aproximadamente 7.1% de la población mundial sufrirá de una fobia específica en algún punto de su vida, 4.6% sufrirá un trastorno de ansiedad generalizada y un 4.7% sufrirá de fobia social.

## ¿Son más frecuentes en hombres o en mujeres?

En general la mayoría de los estudios reportan que la proporción por género es 1:1 (igual entre hombres y mujeres) aunque existen algunos estudios que reportan una ligera mayor incidencia en mujeres.

## ¿Cuándo inician los trastornos de ansiedad?

La edad de inicio de estos trastornos varía dependiendo de cada trastorno, por ejemplo, la edad promedio de inicio del trastorno de ansiedad por separación es aproximadamente a los 7.5 años de edad mientras que la fobia social suele desarrollarse durante la adolescencia temprana y media. El trastorno de pánico, por otra parte, tiende a iniciar hacia una edad mayor, entre los 15 y 19 años.



### **¿Qué neurotransmisores están implicados en el desarrollo de los trastornos de ansiedad?**

Son tres los neurotransmisores cuya disfunción se ha ligado a la aparición de los trastornos de ansiedad: serotonina, noradrenalina y el ácido gaba-aminobutírico (GABA).

### **¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos para los trastornos de ansiedad?**

Debido a la importancia de los neurotransmisores antes mencionados se utilizan medicamentos que actúan sobre ellos para el tratamiento de la ansiedad. Los ansiolíticos, como las benzodiazepinas, actúan sobre los receptores de GABA, produciendo una reducción rápida de los síntomas ansiosos; sin embargo, no curan estos trastornos. Los antidepresivos son los medicamentos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, siendo los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) los de primera

elección. Existen también otros tipos de antidepresivos como los llamados "duales" que han demostrado eficacia para tratar la ansiedad. Independientemente de los medicamentos antes mencionados, existen otros, como los antihistamínicos o los beta-bloqueadores, que pueden ayudar a controlar los síntomas agudos de la ansiedad.

### **¿Qué psicoterapias han demostrado efectividad en el control de los trastornos de ansiedad?**

Existen varias terapias que han demostrado ser efectivas en los trastornos de ansiedad, especialmente la terapia cognitivo conductual. Las terapias de corte psicodinámico pueden ayudar también en el control e identificación de factores desencadenantes de la ansiedad. Otras terapias como el neurofeedback han demostrado una buena respuesta en estos padecimientos.

### **¿Existen otras medidas que ayuden a mejorar la ansiedad?**

Sí, el tener hábitos saludables es de gran ayuda para controlar a largo plazo los síntomas ansiosos. Es necesario el ejercicio diario, dormir adecuadamente y tener tiempo de esparcimiento. Algunos ejercicios como la meditación o el yoga pueden ayudar a controlar los síntomas ansiosos, sobre todo mediante el dominio de la respiración.

### **Si detecto que mi hijo presenta síntomas de ansiedad, ¿a quién debo acudir?**

Lo ideal es acudir con un psiquiatra infantil y del adolescente para que se realice una valoración completa, ya que existen otros padecimientos médicos que pueden producir síntomas parecidos a la ansiedad. Los psicólogos pueden identificar también los trastornos de ansiedad y pueden sugerir algún tipo de terapia que ayude con la mejora de los síntomas.



# El adolescente y el grupo

## *Disculpe las molestias estamos en edificación*

DR. ÓSCAR PROSPÉRO GARCÍA

### **La adolescencia**

Es un periodo del desarrollo que varios autores consideran como final de la niñez e inicio de la juventud. Hay quienes la ubican entre el final de la niñez y la adquisición de la autonomía (Kilford y col., 2016), siendo la autonomía la condición en que una persona se guía por sus principios éticos y morales (Marina, 2014). Durante la adolescencia ocurren diversos cambios físicos y mentales que provocan conductas con las que los padres pueden no estar de acuerdo o que pueden sorprenderles de que ocurran (Piaget, 2000). Los cambios mentales reflejan cambios importantes del cerebro, que ocurren como un proceso de maduración. Es decir, muchas de las conductas que el adolescente lleva a cabo son producto de los cambios maduracionales del cerebro (Blakemore, 2007). Así que el resultado final es un adolescente, que la mayoría de las personas y de los libros de psicología y autoayuda describen como opositorista, confrontacional, holgazán, desobligado y propenso al uso de sustancias de abuso. También refieren que la mayor parte del tiempo el adolescente prefiere estar con los amigos y no quiere obedecer reglas ni órdenes.

### **Los padres de los adolescentes**

La mayoría de las veces los padres no comprenden las conductas del adolescente y desesperan, anhelando el momento en que superen esta etapa. Incluso, hay algún comentario de uso común que reza: la adolescencia se cura con la edad. Sin embargo, la actitud de los padres hacia los adolescentes depende en gran medida de la cultura, es decir, lo que la comunidad piensa (Marina, 2010). Esto hace que los padres esperen lo peor de los adolescentes, propiciando, algunas veces, que ocurra. Así lo enseña la cultura y la seguimos por inercia. Es sorprendente el papá o la mamá que habla bien de su hijo o hija adolescente. Así, si una mamá llegara a hablar mal o a mostrarse preocupada el consuelo que le brindarán los miembros de su red de apoyo es: no te apures, ya se le pasará, es cosa de jóvenes; sin interesarse por las preocupaciones del adolescente.

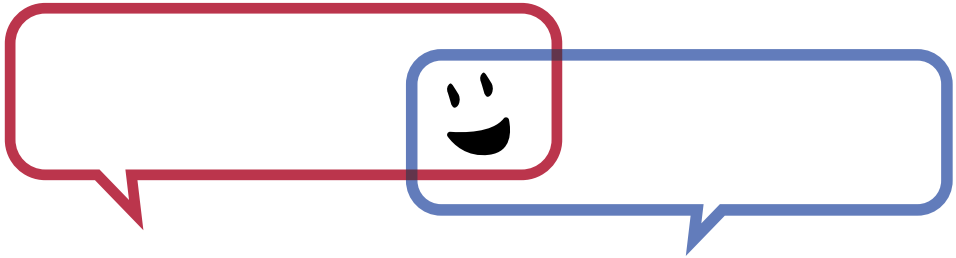


## Disculpen las molestias, estamos en construcción

La adolescencia es la gran oportunidad del humano. Es un proceso en que hay enormes cambios estructurales en el cerebro, que son terreno fértil para generar un adulto imaginativo y creativo (Blakemore y Frith, 2007). El cerebro se ha modificado haciendo que sus neuronas —las células del cerebro— aumenten la comunicación entre sí. Los grupos de neuronas entonces forman redes neuronales funcionales que ya refinadas durante la adolescencia, son las responsables de las habilidades físicas y mentales del adulto. El niño se transforma en adolescente porque tiene un cerebro lleno de nuevas conexiones entre sus neuronas (Petanjek y col., 2011). Esas conexiones que llamamos sinapsis, representan posibilidades de aprendizaje en el adolescente. Muchas de estas sinapsis desaparecerán hacia la mitad de la adolescencia, pero las que se quedan son las que están fortalecidas, las que le serán útiles para las actividades que el adolescente privilegia y que le permitirán llevar una vida adulta creativa y productiva. Por ejemplo, si el ado-



lescente juega fútbol, las neuronas que controlan sus habilidades visuales y motoras serán conservadas. O si prefiere leer y pensar, las sinapsis que le ayudan en el pensamiento analítico serán las conservadas. Por ello, es el momento en que su red de apoyo debe mostrarle posibilidades de desarrollar sus habilidades físicas y mentales en actividades que lo ayuden a crecer mental y emocionalmente, y que terminen haciendo de él un adulto útil a su sociedad. La educación formal puede cimentar estrategias de aprendizaje, pero también puede limitar la creatividad del adolescente. Como el caso de un joven que odiaba las matemáticas. Explicó que siempre se sabía el resultado de los problemas que el maestro ponía, pero el maestro lo reprobaba porque el estudiante no explicaba el método que usaba para resolver el problema. El joven dijo que no lo explicaba porque no sabía cómo lo hacía, pero el resultado estaba correcto. Su mente trabajaba de una manera que el maestro no entendía. Así que el estudiante odiaba que lo reprobaran, no las matemáticas. Hay que fomentar que el adolescente proponga nuevas formas de resolver los problemas cotidianos.



### El adolescente creativo

De acuerdo con el famoso psicólogo Jean Piaget (2000), llegamos a la adolescencia en la etapa que el llamó de operaciones formales. Es decir, el adolescente está empezando a familiarizarse con el pensamiento abstracto, que es desde entender conceptos como honor y patria hasta ecuaciones algebraicas. Así que ahora entiende lo que es real, pero se plantea también lo que es posible, y éste es el aspecto fundamental de la creatividad. Comienza a buscar lo que es posible en su realidad y a utilizarlo para transformar su entorno. Ve lo que todo el mundo ve y piensa lo que nadie ha pensado. Se puede preguntar ¿qué pasaría si las cosas no fueran como son? ¿Qué pasará cuando los viajes interplanetarios sean frecuentes? Y usará a usar su imaginación y creatividad para generar nuevos conceptos. Claro que también se puede preguntar ¿qué se siente al beber alcohol o fumar marihuana? Entonces, con base en lo mencionado, ¿por qué existe la posibilidad de que ese adolescente termine siendo un adulto oscuro, preocupado, mediocre?

### El adolescente y su entorno social

Hay otros procesos que están ocurriendo y que incorporan al adolescente a su entorno. Liv Vygotsky (1995), otro psicólogo famoso, propuso que la maduración de las habilidades del cerebro, como crear conceptos, analizar y hacer tareas creativas como poner atención, aprender, memorizar, entre otras funciones, a las cuales llamamos procesos cognitivos, dependen de la interacción social. Él decía que estas funciones aparecen dos veces en la vida de una persona, una como producto de la relación con otra u otras personas. Por ejemplo, cuando somos niños obedecemos la voz de mamá, la voz de papá, la voz del maestro. Y aparecen en una segunda ocasión cuando hacemos nuestro el concepto, es decir, escuchamos nuestra propia voz, quien nos dice qué hacer, y nos guía a través de todas nuestras actividades. Esto nos convierte en adultos autónomos pues nos guiamos por nuestros principios éticos y morales. Para Vygotsky, el niño crece y es educado por una cultura y específicamente por su grupo social, su red de apoyo que lo ayuda a generar y madurar los procesos cognitivos. Así que el adolescente aprende a entender y a analizar los conceptos de amistad, lealtad y confianza y comprende la importancia del grupo, de la red de apoyo de acuerdo a su cultura. En casos negativos, es posible que el grupo le enseñe al adolescente a no confiar en sus capacidades cognitivas y genere un concepto de sí mismo pobre y se vuelva tímido y desconfiado, o el grupo le enseñe a consumir sustancias de abuso.

## **El grupo enseña al adolescente a desarrollar la mente**

Vygotsky (1995) llamó a la capacidad potencial de aprender de una persona la zona de desarrollo próximo. Este momento es cuando un individuo se debate entre lo fácil y lo difícil, entre lo aburrido por conocido y lo frustrante por imposible. Es en este momento en que el adolescente requiere de un maestro; es decir, alguien que lo apoye a entender el próximo paso. El niño puede decir que no puede resolver un rompecabezas y el maestro lo guía diciendo: arma las orillas primero. El adolescente dice que no sabe cómo hablarle a una joven que le gusta y el maestro le dice: dile que te gusta su sonrisa. La enseñanza formal (escuela), así como la social, depende del grupo de apoyo al que el adolescente debe integrarse.

## **Romeo y Julieta (moldeamiento social)**

La obra clásica de Shakespeare nos muestra lo apasionado que puede ser un adolescente. Romeo y Julieta tenían 16 años cuando ocurrió su tragedia. Es la adolescencia cuando se cree morir de amor y, en la famosa obra de Shakespeare, este par de adolescentes mueren. El adolescente ya tiene las emociones, ya que son las maneras más básicas de comunicarse. Un niño que aún no aprende a hablar llorará si quiere algo. Ésta es una manera de comunicarse. Pero las emociones ya están en nuestro temperamento, desde que nacemos. Así que el adolescente sólo está aprendiendo a controlar su expresión. Aprende a comunicarla en momentos apropiados, o por lo menos ése es el objetivo. Básicamente todas las emociones sirven para comunicarse con el grupo, por lo que el grupo lo llevará a un moldeamiento social, es decir, a aprender en qué momento es adaptativo mostrar una u otra emoción y con qué intensidad mostrarla. También tenemos que estar pendientes de que el grupo puede influir en que el adolescente exprese sus emociones de una manera dañina. Como el juego de la ballena azul, que es un juego en línea que se hizo conocido en el 2016. El juego solicita que el adolescente se haga autolesiones y la tarea final es que el se suicide.

## **La teoría de la cognición social**

Albert Bandura (1987) otro psicólogo famoso, creó el concepto de andamiaje, que sugiere que alguien nos ayudará siempre a aprender a hacer algo. Todo ello depende del grupo de apoyo. El adolescente aprende a apreciar lo que ha tenido siempre, su red de apoyo y a utilizarla en su beneficio. A la interacción entre la persona, el ambiente y la conducta, la llamamos cognición social. El grupo en general y el maestro en particular, especialmente el maestro que modela, que predica con el ejemplo, le enseña al adolescente a tener autoeficacia, es decir, a confiar en sus recursos físicos y cognitivos para resolver problemas (Bandura, 1997). A este proceso lo llamamos aprendizaje vicario. El adolescente que aprende a confiar en sus recursos naturales (autoimagen) para contender con el medio, tiene un buen autoconcepto (cree en sí mismo, que tiene recursos naturales) y autoconfianza (cree que puede y lo intenta), también se cree merecedor de las buenas cosas de la vida (autoestima). El adolescente que tiene estos cuatro rasgos de manera positiva es posible que sea un adolescente de éxito y consecuentemente será un adulto de éxito.

## **El adolescente rechazado**

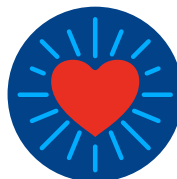
Como puede inferirse, si un adolescente no es incluido en el grupo o no es respetado por sus ideas y emociones, se siente rechazado. Si es rechazado no se siente merecedor de pertenecer al grupo y su autoconcepto se deteriora. Todo esto provoca un dolor semejante al dolor físico. Es decir, las mismas partes del cerebro que se activan cuando tenemos un dolor físico, se activan cuando existe rechazo por parte del grupo (Dewal y col., 2010). Esto lo puede llevar a aislarse y a sentirse solo. En esas condiciones puede desarrollar depresión y ansiedad, especialmente si tiene un componente genético que lo haga susceptible. Pero no sólo a estos trastornos psiquiátricos, si no también a la utilización de drogas. El sentirse solo puede ser el origen de muchas dolencias psiquiátricas que sufrirá de adulto y tal vez propiciar el uso y dependencia a drogas.

## ¿Qué hacer para ayudar a nuestros adolescentes?

De acuerdo al famoso psicólogo (uno más) Robert Epstein (2010), hay 10 puntos que podemos hacer como padres para ayudar a nuestros adolescentes:

1. **Amor y afecto.** Apoye y acepte a su adolescente. Muéstrole afecto físicamente y pase tiempo con él o ella de manera individual.
2. **Manejo de la ansiedad.** Practique técnicas de relajamiento con su adolescente y ayúdele a ver el lado positivo a lo que le ocurra.
3. **Habilidades para relacionarse.** Muestre la buena relación que lleva con su pareja y con otras personas para que, por aprendizaje vicario, él también las aprenda.
4. **Autonomía e independencia.** Trate a su adolescente con respeto y anímelo a ser autosuficiente y confiable.
5. **Educación y aprendizaje.** Sea un modelo de aprendizaje y dele oportunidades educativas.
6. **Habilidades para la vida.** Sea el mejor proveedor de bienes que pueda ser. Muéstrole que tiene planes para el futuro.
7. **Regulación de la conducta.** Use métodos de reforzamiento positivo, por ejemplo, darle un premio por su esfuerzo, o castigo, por ejemplo, quitarle un privilegio, sólo cuando otras formas educativas hayan fallado.
8. **Salud.** Modele un estilo de vida saludable y buenos hábitos, como hacer ejercicio de manera regular y comer sanamente.
9. **Espiritualidad.** Apoye su desarrollo espiritual, participe en eventos en donde exprese su espiritualidad o religiosidad.
10. **Seguridad.** Protéjalo. Tome precauciones sobre los amigos que frecuente o las actividades que realiza.

Es posible que estos consejos dados por Epstein, con base en estudios hechos por él y en datos obtenidos en encuestas que han sido hechas por otros, no le agraden a usted en su totalidad. Tome las que vayan de acuerdo con su forma de pensar y realícelas. Verá resultados positivos y su adolescente se lo agradecerá algún día.



### Bibliografía

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge University Press, Inglaterra.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Libros, S. L. U.
- Blakemore, S. J., Frith, U. (2007). *Como aprende el cerebro: claves para la educación*. Editorial Ariel, España.
- Dewall, C. N., Macdonald, G., Webster, G. D., Masten, C. L., Baumeister, R. F., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., Stillman, T. F., Tice, D. M., Eisenberger, N. I. (2010). *Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence*. *Psychol Sci*. 21(7): 931-7.
- Epstein, R. (2010). *What makes a good parent?* *Scientific American Mind*. 46-50.
- Kilford, E. J., Garret, E., Blakemore, S. J. (2016). *The development of social cognition in adolescence: an integrated perspective*. *Neurosci. Biobehav Rev* 70: 106-120.
- Marina, J. A. (2014). *El Talento de los Adolescentes*. Editorial Ariel, España.
- Petanjek, Z., Judaš, M., Šimic, G., Rasin, M. R., Uylings, H. B., Rakic, P., Kostovic, I. (2011). *Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 108(32): 13281-6.
- Piaget, J. (2010). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Crítica.
- Vygotzky, L. (1995). *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Ediciones Fausto.



# Embarazo en adolescentes

DRA. MÓNICA FLORES RAMOS

El embarazo durante la adolescencia es un importante problema de Salud Pública en México, ya que al prevenir un embarazo a esta edad, se contribuye a la disminución de la mortalidad materno-infantil, la cual implica un costo económico para los sistemas de salud, además de repercusiones sociales considerables.

## ¿A qué le podemos llamar adolescencia?

La adolescencia es un periodo de la vida que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (oms), comprende de los 10 a los 19 años de edad. Esta etapa se caracteriza por cambios que comprenden la transición de la infancia a la adultez, con la adquisición de la capacidad reproductiva y con cambios que deben conducir a la independencia socioeconómica.

## ¿Saben los adolescentes acerca de métodos de planificación familiar?

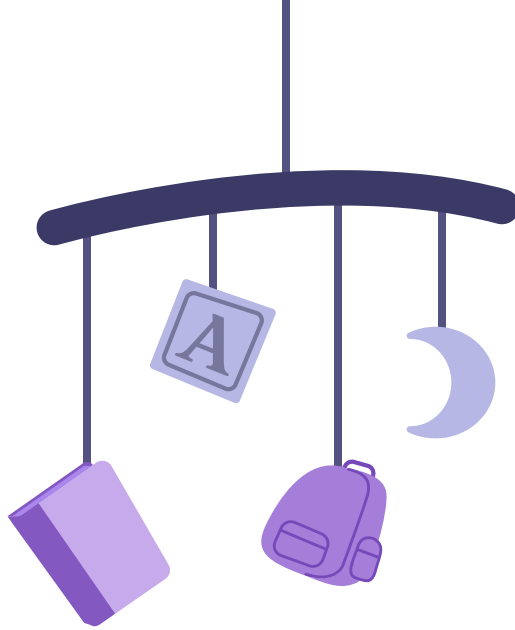
Se piensa que uno de los factores que llevan al embarazo adolescente es no tener conocimiento adecuado acerca de los métodos anticonceptivos. Así, un estudio realizado en el año 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, reportó que el 90% de los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero solamente el 80% conoce su uso adecuado.

## ¿Usan los adolescentes los métodos anticonceptivos?

A pesar de que existe el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, se ha reportado que el 14.7% de los varones adolescentes no utilizan un método anticonceptivo en su primera relación sexual. En el caso de las mujeres, un 33.4% no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las cifras mencionadas podrían explicar en gran medida que muchos de los embarazos de adolescentes se dan en la primera relación sexual.

En el caso de adolescentes que sí utilizan métodos anticonceptivos, el más usado es el condón o preservativo (80.6%), aunque también se recurre a hormonales (6%).





### **¿Existen condiciones sociales que propicien los embarazos adolescentes?**

Si bien no podemos considerar que las condiciones sociales propicien un embarazo, sí podemos decir que existen algunas situaciones que se relacionan con mayor riesgo de embarazos. Dentro de estas situaciones se encuentran los menores niveles de escolaridad, vivir en una comunidad rural y la pobreza. Esto parece llevar a una situación de mayor vulnerabilidad, ya que se ha observado que las mujeres que se embarazan con mayor frecuencia dejan de estudiar, particularmente aquellas con un bajo nivel socioeconómico.

### **¿Qué tanto influye la violencia sexual en el embarazo adolescente?**

Cuando vemos a una adolescente embarazada siempre debemos sospechar una situación de violencia, particularmente dentro del ámbito familiar. Existen estudios que sustentan que sufrir violencia física y sexual incrementa de manera importante el riesgo de embarazarse en la adolescencia, no así el hecho de sufrir violencia emocional o negligencia.

### **Y los factores culturales... ¿influyen en que una adolescente se embarace?**

En algunos ambientes culturales las mujeres no tienen la misma libertad para elegir sobre su sexualidad o la procreación. La inequidad de género puede llevar a que ciertas mujeres se encuentren sometidas a las decisiones de su pareja o de su familia en estos temas. Por otro lado, el valor que se le da a la maternidad o a la femineidad en ciertas culturas lleva a muchas adolescentes a desear un embarazo. Por ejemplo, un estudio reportó que el 47 % de las mujeres se embarazó por el deseo de casarse y que otro porcentaje (36%) lo hizo por el deseo de dejar de vivir en la casa de sus padres.

### **¿La enfermedad mental puede estar relacionada con el embarazo en adolescentes?**

Se ha visto una relación bidireccional entre el embarazo adolescente y la salud mental. Es decir, ciertos problemas de salud mental pueden llevar a que las adolescentes presten menos cuidado en su reproducción; pero también el embarazo puede llevar a que mujeres se vean afectadas desde un punto de vista emocional, particularmente durante la adolescencia, en cuando las mujeres pueden no haber concretado proyectos de vida y sentirse inseguras para asumir la maternidad.

## ¿Qué enfermedades mentales están relacionadas con el embarazo adolescente?

Algunos rasgos de personalidad parecieran relacionarse con mayor probabilidad de embarzarse. Uno de ellos es el neuroticismo, una característica de personalidad que consiste en mayor inestabilidad emocional, presencia de ansiedad, hostilidad y mayor tendencia a presentar sentimientos de tristeza. El tener estas características podría llevar a mayor probabilidad de embarzarse en la adolescencia pero no necesariamente son causa del embarazo en esta etapa de la vida. También se ha reportado que la escrupulosidad o el hecho de ser muy extrovertida podría tener relación con mayor probabilidad de embarzarse. Por otro lado, la amabilidad, el intelecto y la imaginación parecen disminuir el riesgo. Si bien, como se mencionó previamente, la personalidad no es causa de un embarazo, podríamos decir que ciertos rasgos de nuestra personalidad pueden influir en la toma de decisiones. En algunos otros trastornos mentales se ve afectada la capacidad de juicio, como en los problemas psicóticos, en los que la mujer puede no tener las condiciones mentales para tomar una decisión y por tanto ser más vulnerable a un embarazo. Otras enfermedades relacionadas con disminución en la capacidad de juicio (en algunos casos) son la depresión, la ansiedad y las fobias.

Considerar la depresión es de gran importancia, ya que se ha visto que es más común en adolescentes

embarzadas que en mujeres adultas embarazadas. La frecuencia puede ser de hasta un 39% en las primeras, en comparación a un 4.8% en mujeres embarazadas mayores de 18 años.

## ¿Es riesgoso embarzarse en la adolescencia?

Éste es uno de los aspectos más importantes a considerar en relación a este problema: el embarazo en adolescentes se considera de riesgo por sí mismo, en virtud de que incrementa las complicaciones perinatales e incluso el riesgo de muerte perinatal. Es bien sabido además que una mujer que se embaraza en la adolescencia tiene consecuencias psicosociales, ya que deja de lado otros proyectos de vida, con frecuencia dejan los estudios y otros planes que tenían; también comienzan a tener problemas económicos, pues deben mantener a su hijo. La dificultad para trabajar y el incremento en la demanda económica se conjugan haciendo a las adolescentes más vulnerables a la pobreza y a los riesgos que esto conlleva.

Dentro de los problemas médicos más frecuentes en adolescentes embarazadas podemos mencionar abortos o partos en condiciones inseguras e insalubres, mayor riesgo de eclampsia (presión alta y convulsiones) y de fístulas (conductos o conexiones anormales), así como partos prolongados que influyen en la salud del bebé.

---

## Bibliografía

- Acosta-Varela, M. E., & Cárdenas-Ayala, V. M. (2012). *El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50(4), 371-374.
- Barnett, B., Duggan, A. K., Wilson, M. D., & Joffe, A. (1995). *Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers*. Pediatrics, 96(4), 659-666.
- Caliskan, D., Oncu, B., Kose, K., Ocaktan, M. E., & Ozdemir, O. (2007). *Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in Turkey*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28(4), 195-200.
- Cueva Arana, V., Olvera Guerra, J. F., & Chumacera López, R. M. (2005). *Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo*.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., & Cuevas-Nasu, L. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012)*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- J Obstet Gynaecol Can. 2015 Aug; 37(8): 740-59. *Adolescent Pregnancy Guidelines*
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). *Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis*. Journal of Adolescent Health, 55(2), 151-159.
- Ramos Gutiérrez Y, Barriga Marín JÁ, Pérez Molina J. *Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal*. Ginecol Obstet Mex 2009;77(7):311-6
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. (2015). *Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México*. Salud Pública de México, 57, 135-143.
- Xie, Y., Harville, E. W., & Madkour, A. S. (2014). *Academic performance, educational aspiration and birth outcomes among adolescent mothers: a national longitudinal study*. BMC pregnancy and childbirth, 14(1), 3.



# Videojuegos y redes sociales

DR. JUAN PABLO DE LA FUENTE STEVENS

## Mi vida en un celular

La interacción humana —la capacidad y necesidad de interactuar con otro ser humano— ha cambiado de manera colosal e irreversible. En cualquier libro de historia podemos aprender que desde antes del inicio del género *Homo Sapiens* una característica nuestra es la habilidad de crear lazos con otros humanos, habilidad que se potenció ridículamente.

## Navaja de doble filo

El término de adicción se ha expandido más allá del terreno de las drogas y el alcohol, incluyendo conductas que no están relacionadas al consumo de sustancias, pero que causan problemas y tienen similitudes con éstas.

Históricamente, la pérdida del control en el juego de apuestas asociado a disfuncionalidad se ha conocido como ludopatía. En los últimos años, la extrema facilidad de navegar en internet y la enorme cantidad de actividades que contiene ha provocado a un cambio radical e irreversible en nuestra forma de vivir.

Si internet era inicialmente la tecnología adictiva por excelencia, los celulares inteligentes sólo han potenciado enormemente este problema. Podemos encontrar cinco conductas con potencial adictivo: la computadora/celular por sí mismos, la búsqueda de información, interacciones compulsivas como comprar o apostar en línea, cibersexualidad y cibercontactos.

El teléfono celular se inventó como un instrumento de comunicación inalámbrico, ahora es una herramienta con tantísimas funciones (comunicación, juego, fotografía, mensajería, redes sociales, descarga y escucha de música y videos, apuestas en línea, radio, noticias) que parece indispensable en nuestra vida cotidiana. Una multioferta de estas características, tan variada, atractiva e interesante no puede estar exenta de problemas. Puede parecer angustiante una vida sin celular, o incluso ¡un día sin celular! Pero la verdad: hace muy poco que esto es así, pero más tiempo que lo que tú llevas en este mundo. Por esto, es conveniente preguntarnos, ¿cómo se vivía antes de la introducción de esta tecnología? ¿Sabes cómo pasaban el tiempo tus abuelos en sus tardes libres o durante el fin de semana? ¿Qué hacían con sus amigos?



## ¿Me perjudica o me hace feliz?

El uso de las redes sociales puede tener consecuencias negativas o desfavorables para los adolescentes, como las comparaciones sociales en relación a la imagen corporal, que pueden inducir preocupaciones

excesivas y cambios en el estado de ánimo. Los patrones de sueño se modifican y disminuye la calidad y cantidad del sueño, además de asociarse con ansiedad, depresión y baja autoestima.

### ¿A quiénes afecta más el uso de redes sociales y videojuegos?

Cada vez se inicia el uso de celular a una edad más temprana, incluso antes de los 10 años de edad. De hecho, algunos niños de tres años ingresan al celular de su mamá o papá. Los adolescentes son el grupo de edad más afectado, pues difícilmente apagan sus celulares, noche o día, lo que propicia una conducta de vigilancia que interfiere con el descanso.

El uso de las redes sociales representa un riesgo mayor para los adolescentes; éstos se clasifican en agresivos, sexuales, relacionados a valores o en el ámbito comercial; y su vez se subdividen en:

**Riesgo de contenido:** El niño o adolescente es el receptor de contenido producido en masa.

**Riesgo de contacto:** Interacción con un adulto en la que el niño o adolescente participa, probablemente sin conocimiento o sin iniciativa.

**Riesgo de conducta:** El niño o adolescente es el actor e interactúa con una red mayor de pares.

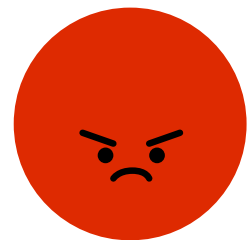
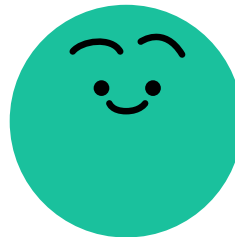
**Riesgo de agresividad:** Se trata de la cyberagresión o *cyberbullying*, y se puede manifestar por acoso cibernético, exclusión, elaboración de perfiles falsos, distribución de información personal y/o fotografías de otra persona sin su permiso, enviar mensajes amenazantes, crear grupos de odio dirigidos a una persona, en grupo votar a favor o en contra de una persona, *hackear* o robar información de alguien más.

**Riesgo sexual:** Aquí entran la pornografía, hablar con desconocidos y el *sexting*.

**Riesgo comercial o de valores:** Ejemplos son las páginas que promueven las autolesiones o las conductas alimentarias insanas con intención de bajar de peso.

### ¿Por qué paso —o pasamos— tanto tiempo viendo el celular?

En relación a la motivación para usar el celular, existen seis tipos de comportamientos: habitual (hábitos realizados con algo de consciencia), mandatorio (uso de tareas escolares o laborales), voluntario (razonado y conducido a motivaciones específicas), compulsivo (un deseo intenso de continuamente utilizar el celular/internet) y adictivo (comportamiento con el cual la persona descuida/excluye otras actividades, causando un daño social, físico o mental).



## ¿Te ha pasado...?

Este hecho ha inspirado nuevos términos para nuevos fenómenos:

**Nomofobia:** Miedo irracional a salir de casa sin el teléfono celular.



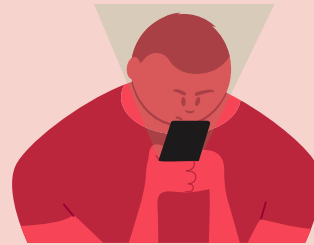
**FOMO (Fear Of Missing Out):** Miedo a estar sin celular o desconectado de internet.



**Rinxiety:** de las palabras en inglés *Ring* y *Anxiety* (ansiedad), la falsa sensación de haber recibido un mensaje de texto o una llamada que conlleva a checar constantemente el celular.



**Textiety:** Del Inglés text y anxiety. La ansiedad de recibir y responder inmediatamente los mensajes de texto.



### Bibliografía

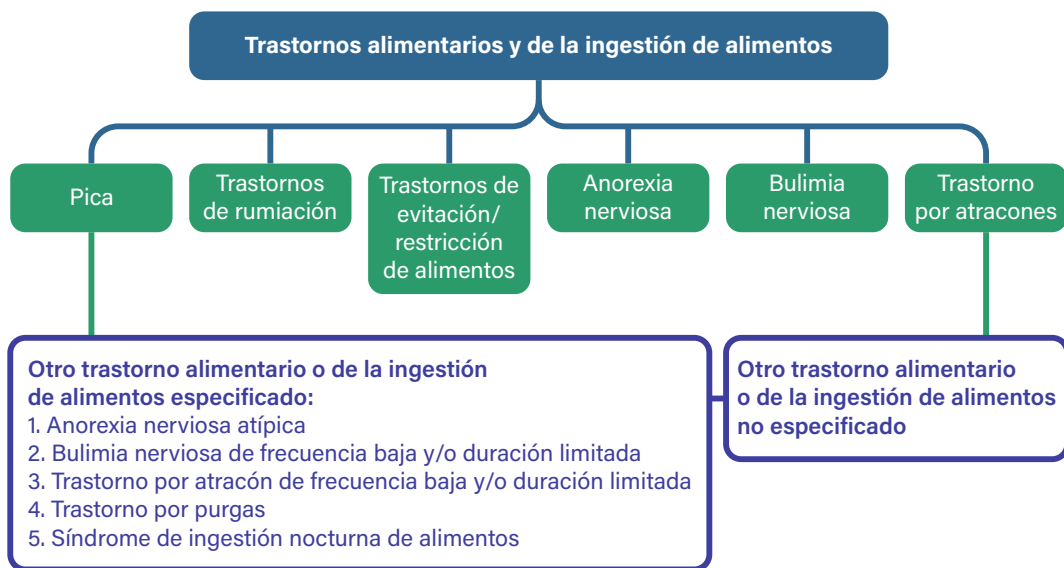
- Van Rooij, A., & Prause, N. (2014). *A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future*. Journal of behavioral addictions, 3(4), 203-213.
- De-Sola Gutiérrez, J., Rodríguez de Fonseca, F., & Rubio, G. (2016). *Cell-phone addiction: A review*. Frontiers in psychiatry, 7, 175.
- Pérez, E. J. P., Monje, M. T. R., & De León, J. M. R. S. (2012). *Adicción o abuso del teléfono móvil*. Revisión de la literatura. Adicciones, 24(2), 139-152.
- Essays, UK. (November 2018). *Effects of Social Media on Young People*. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/young-people/effects-social-media-people-6680.php?vref=1>
- Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). *Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55(6), 635-654.
- Panova, T., & Carbonell, X. (2018). *Is smartphone addiction really an addiction?*. Journal of behavioral addictions, 7(2), 252-259.
- Azuela-Flores, J. I. (2011). *Redes sociales en México, una reflexión*. CienciaUAT, 5(4), 28-33.
- Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). *Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students*. Journal of behavioral addictions, 4(2), 85-92.
- Samaha, M., & Hawi, N. S. (2016). *Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life*. Computers in Human Behavior, 57, 321-325.

# Bulimia en adolescentes

DRA. DIANA PATRICIA GUÍZAR SÁNCHEZ

## ¿Qué son los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos?

Son trastornos mentales marcados por alteraciones en el comportamiento y las actitudes relacionados con la ingestión de alimentos, que incluyen los siguientes trastornos:



En la presente revisión nos centraremos en la bulimia nerviosa.

## ¿Qué es la bulimia?

Es un trastorno severo en el que se presentan frecuentes episodios de voracidad en la ingesta (atracones) y se utilizan el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos varias veces a la semana para prevenir el aumento de peso. Además, existe un miedo patológico a engordar. El término bulimia significa hambre muy grande y se ha empleado para expresar una de las características del trastorno: el consumo de grandes cantidades de comida.

Los pacientes suelen comer a escondidas, generalmente alimentos que engordan y que están contraindicados en los regímenes de adelgazamiento: galletas, dulces, helados, etcétera. Es importante destacar que los atracones no sólo son resultado del hambre, sino también de un malestar emocional, por lo que la comida serviría de alivio y resolvería este malestar a corto plazo.



## ¿Cómo se diagnostica?

Actualmente utilizamos los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*.

**A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

Ingestión, en un periodo determinado (p. ej. dentro de un periodo cualquiera de dos horas) de una cantidad de alimento claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).



**B.** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

**D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

**E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Se clasifica también de acuerdo a la gravedad actual:

**Leve:** Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Moderado:** Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Grave:** Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

**Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

## ¿Cómo afecta tu cuerpo?

Actualmente utilizamos los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*.

**Hormonas:** Alteraciones hormonales y periodos menstruales irregulares

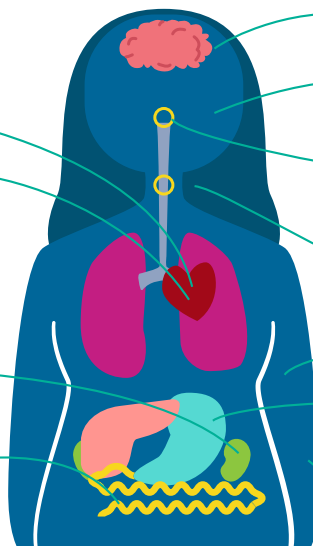
**Sangre:** Anemia

**Corazón** - Latido cardíaco irregular, debilidad del músculo cardíaco, falla cardíaca, pulso bajo, presión arterial baja

**Líquidos corporales:** Deshidratación, baja de potasio, magnesio y sodio

**Riñones:** Problemas por el abuso de diuréticos

**Intestinos:** Estreñimiento, distensión abdominal, diarrea, calambres abdominales



**Cerebro:** Depresión, miedo a ganar peso, ansiedad, temblores, baja autoestima

**Mejillas:** Dolor e hinchazón

**Boca:** Caries, erosión del esmalte dental, dientes sensibles, enfermedad en las encías

**Garganta/esófago:** Dolor, irritación, puede ocurrir una ruptura, sangre en el vómito

**Músculos:** Fatiga

**Estómago:** Úlceras, dolor, puede haber ruptura, retraso en el vaciado gástrico

**Piel:** Abrasión de nudillos, piel seca

### ¿A qué edad suele aparecer la bulimia?

Potencialmente, puede aparecer a cualquier edad (niños, adolescentes, adultos y ancianos), si bien la edad más frecuente de aparición de la anorexia es la pubertad y primera adolescencia, y de la bulimia, la adolescencia media y la juventud. Por debajo de 15 años es más frecuente la anorexia, entre 15 y 18 años la incidencia es similar y, a partir de 18 años, la incidencia de la bulimia duplica a la de anorexia.

### ¿Qué ocurre en la adolescencia?

La adolescencia, como etapa de cambio y afirmación de la personalidad, supone, también para los padres, un período de confusión, a veces de desconcierto, en el que resulta difícil comprender y compartir muchas de las reacciones y los planteamientos de los jóvenes. La observación permanente de sus actitudes y el diálogo con ellos serán elementos claves para una adecuada relación padres-hijos. Pero en muchas ocasiones, el conocimiento de la situación y de los conflictos que atraviesan los hijos resulta mucho más importante por las consecuencias que pueden tener sobre la estabilidad y la salud de los niños y jóvenes. Tal es el caso de la bulimia, una enfermedad mental con graves consecuencias físicas y cuya incidencia es cada vez mayor, especialmente en adolescentes. La prevención resulta en este caso esencial, del mismo modo que la detección oportuna del trastorno y el tratamiento médico inmediato y adecuado.

### ¿Cuánto tiempo dura la bulimia?

La bulimia es una enfermedad larga y grave, que puede prolongarse durante varios años e, incluso, durante toda la vida. Un 60% de los adolescentes afectados se recupera de la enfermedad totalmente; un 30% lo hace de manera parcial; el 10% seguirá enfermo durante toda la vida, otro 10% fallecerá antes de 10 años.



### ¿Quiénes están en riesgo?

La población de riesgo es fundamentalmente femenina: aquellas adolescentes que se sienten con un peso excesivo y están obsesionadas por adelgazar de manera drástica y rápida. Aproximadamente un 40% de las jóvenes de 15 años se consideran gordas y un porcentaje similar están a disgusto con su propio cuerpo, pero, en realidad, la población con riesgo de padecer bulimia es del 10% de las chicas. Esto quiere decir que de los miles de adolescentes y mujeres que intentan adelgazar cada primavera o que están a dieta durante todo el año, sólo unas pocas habrán enfermado en el verano, aunque un porcentaje más elevado habrá quedado cerca de enfermar. En cuanto a los grupos de riesgo, destacan aquellos en los que las profesiones de las/los jóvenes recomiendan pesos bajos, incluso por debajo de lo aconsejable para la salud: artistas, modelos, deportistas... Igualmente tendrán más riesgo aquellas/os jóvenes que ya han presentado algún trastorno de la conducta alimentaria con anterioridad o cuyas madres o hermanas lo han padecido en algún momento.

### ¿Qué conductas podemos considerar de riesgo?

Se puede decir, en términos generales, que conductas como las siguientes incrementan el riesgo:

- Hacer dietas para adelgazar sin supervisión médica y sin conocimiento de los padres.
- Provocar el vómito después de la ingesta de comida.
- Combinar las dietas con ejercicio físico excesivo.
- Competir con otras adolescentes sobre el adelgazamiento a base de dieta.
- Saltarse comidas como forma de hacer dieta. Esta conducta es especialmente peligrosa, sobre todo cuando es el desayuno el que se omite.
- La persona se queja reiteradamente de su aspecto físico, se niega a salir, a probarse ropa o a ponerse bañador.
- Se evidencian dificultades en la alimentación que antes no se daban: se niega a comer y comienza a adelgazar ostensiblemente, lo que prescribe una consulta médica inmediata.
- Se hace más difícil la convivencia por los cambios de carácter de la persona y una mayor irritabilidad.
- Se aprecia debilidad.

### ¿Cómo prevenir desde la preadolescencia?

A partir de los nueve años, se inicia, sobre todo en las niñas, una etapa de cambio corporal, dudas y temores. El desarrollo que se produce exige por parte del pediatra un especial rigor en el seguimiento antropométrico, que no se limita a controlar el peso y la altura. A partir de esta edad, deben hacerse revisiones semestrales y la relación entre el pediatra y la niña, al margen de la intervención de los padres, debe ser muy directa, respondiendo a todas las inquietudes y dudas de la menor y enseñándole cómo debe cuidarse. Éste es un momento especialmente delicado porque pueden aparecer las primeras oscilaciones del estado de ánimo, las primeras depresiones y los cuadros de angustia, el deseo de crecer, pero también el temor a hacerlo. Un buen profesional médico debe advertir si la niña precisa apoyo psicológico y saber canalizar toda la información que los padres le proporcionan para aconsejarles de la manera más correcta posible. En esta etapa la niña comienza a cuidarse sola y a ser responsable de sí misma, pero esto no significa que padres y educadores tengan que dejarla de cuidar ni sobre todo, de seguir muy de cerca su evolución y sus hábitos: la alimentación, las horas de sueño, la televisión que ve, el ejercicio físico que realiza, las tareas escolares, sus actividades sociales, etcétera.

### ¿Cómo prevenir en la adolescencia?

En la adolescencia es fundamental la prevención y el seguimiento de los hábitos de los jóvenes, especialmente por parte de los padres. Éste es un aspecto esencial para la detección y el tratamiento precoz. El primer paso a dar es no engañarse ni cerrar los ojos a la realidad cuando aparece el problema; hay que hablar con ellos con claridad, no de sospechas, sino de la certeza de que está ocurriendo algo grave que hay que atajar lo antes posible. Por esto es tan importante que siempre haya un canal abierto de comunicación entre los padres y los hijos: hablar de los asuntos propios es la mejor arma preventiva de la que disponemos. Igualmente, es muy importante estar especialmente atentos a la alimentación de los hijos animándolos a valorar qué comer y dónde comer.

### ¿Qué hacer si sospecho que mi hijo/hija tiene bulimia?

Acudir al médico de atención primaria o, en su caso, al pediatra, para que éste derive al especialista, y diagnostique y prescriba el tratamiento adecuado. Una vez que se ha detectado el problema, la solución pasa por el control permanente de los padres: la insistencia en acudir a las visitas médicas, la necesidad de comer con la/el adolescente y controlar lo que come, el apoyo psicológico y psiquiátrico. En definitiva, se trata de formar un equipo, de unirse todos con el objetivo común de la curación y con la certeza de que, si el tratamiento es el adecuado y hay voluntad y perseverancia suficientes, el trastorno se supera. Pero se requiere de un equipo multidisciplinario.

## Consideraciones finales

**Los retos más importantes que los padres deben afrontar en su relación con los hijos son, sin duda, conocerlos, ser capaces de apreciar sus problemas o inquietudes y, por supuesto, ayudarles en los momentos de dificultad.**

---

### Bibliografía

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., y Van Furth, E. F. (2013). *Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions*. International Journal of Eating Disorders, 46, 539-552.
- APA, 2014 American Psychiatric Association (APA) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Dueñas Y., Murray M., Rubio B., Murjani H., y Jiménez A. (2015). *Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge*. Nutr Hosp, 32 (5), 2091-2097
- Vázquez Arévalo, Rosalía, López Aguilar, Xochitl, Ocampo Tellez-Girón, María Trinidad, & Mancilla-Díaz, Juan Manuel. (2015). *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5*. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 108-120.

# Obesidad en el adolescente

DRA. DIANA PATRICIA GUÍZAR SÁNCHEZ

## ¿Qué es la obesidad?

La obesidad no es sólo estar pasado de peso, es una enfermedad crónica, compleja, que resulta de la interacción de múltiples factores como la herencia genética, la libre demanda de alimentos, los cambios en los hábitos alimentarios, la práctica cada vez mayor de actividades tales como la televisión, celular, computadoras y videojuegos que ocupan gran parte del tiempo libre de los niños e incrementan el tiempo de inactividad física, así como factores sociales y de salud mental (depresión, ansiedad, etcétera), y que suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia.

## ¿Qué tan frecuente es?

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016), tres de cada 10 niños entre los cinco y 11 años padecen sobrepeso u obesidad, mientras que cuatro de cada 10 adolescentes de 12 a 19 años padece estas condiciones. 72.5% de los mexicanos mayores de 20 años presenta exceso de peso. A esta edad, además, resulta más difícil romper las rutinas. De ahí la importancia de fomentar, desde la infancia, buenos hábitos alimenticios y de actividad física que ayuden a evitar la obesidad.

## ¿Cuándo se considera obesidad?

En pediatría, se dispone de medidas indirectas para evaluar la obesidad:

### Peso/longitud - talla

Valora el peso de un niño con respecto al que debería tener para su talla/longitud, independientemente de la edad. Se utiliza en niños menores de cinco años de edad.

### Índice de masa corporal

Es el índice más aceptado actualmente para evaluar la obesidad infantil a partir de los dos años de edad y del adolescente. Se calcula dividiendo el peso corporal en kilogramos por la talla elevada al cuadrado de metros.

### Pliegues cutáneos

Es una herramienta de medición de la masa grasa de un individuo.

### Perímetro de la cintura

Punto medio entre el borde inferior de la costilla y la cresta ilíaca (hueso de la cadera).

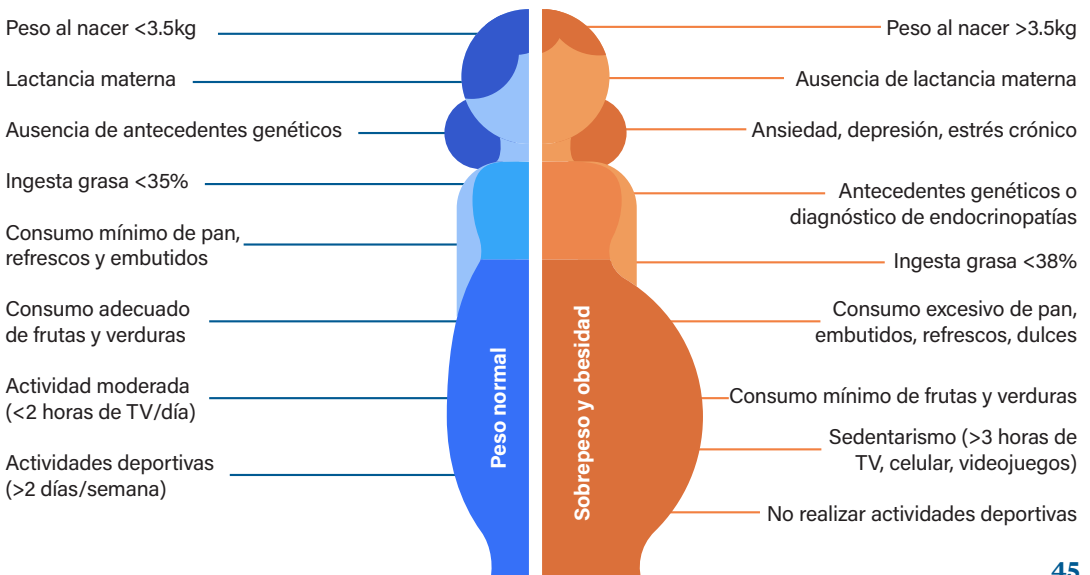
Los preescolares de dos años de edad se consideran extremadamente obesos si tienen un índice de masa corporal (IMC) de  $\geq 120\%$  del percentil 95 o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ , de acuerdo a su grupo étnico.

Un niño o adolescente que por su IMC se encuentra en el percentil  $\geq 85$  pero debajo del percentil 95 para edad y género, se considera con sobrepeso, en tanto que aquél con un IMC ubicado en el percentil  $\geq 95$  para edad y género se considera obeso. Es el caso para los lactantes menores de dos años se consideran obesos si su peso específico de acuerdo al género para la longitud está en el percentil  $\geq 97.7$  de las gráficas de la Organización Mundial de la Salud.

A continuación, se presenta la clasificación en adultos.

	IMC (kg/m)	Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura	
		Hombres $\leq 102\text{cm}$ Mujeres $\leq 88\text{cm}$	Hombres $> 102\text{cm}$ Mujeres $> 88\text{cm}$
Peso normal	18.5 - 24.9	Ligeramente aumentado	Ninguno
Sobrepeso	25.0 - 29.9	Aumentado	Ligeramente aumentado
Obesidad	30.0 - 34.9	Alto	Aumentado
	35.0 - 39.9	Muy Alto	Alto
Obesidad mórbida	$\geq 40$	Muy alto	Muy alto

## ¿Qué factores intervienen en la existencia de obesidad?



## ¿Cuál es la relación de la obesidad con la salud mental?

Estudios realizados en niños entre cinco y 16 años demostraron que la obesidad crónica se asocia con trastornos psiquiátricos, como el negativista desafiante, los de ánimo, ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria con pérdida de control y trastornos somáticos en ambos sexos; en la mayoría de los pacientes además existe un diagnóstico psiquiátrico en la madre, historia familiar de obesidad y/o antecedentes familiares de depresión. En relación con el abuso físico o sexual, distintos estudios identificaron la asociación entre maltrato y abuso sexual en la infancia con el riesgo de incrementar la obesidad en relación con el número y las formas de abuso. En adolescentes, la obesidad además de a los factores familiares, se ha asociado a

patología psiquiátrica: trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, anorexia nervosa, bulimia nervosa y dependencia de alcohol. Asimismo, la obesidad conduce al desarrollo de nuevas afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que el paciente obeso está sometido a múltiples problemas psicológicos, como la discriminación social que conlleva consecuencias graves de la conducta; limitaciones personales, laborales y sexuales que conducen a la disminución de autoestima y al aislamiento. Los niños crónicamente obesos presentan desorden desafiante de oposición y los adolescentes tienden a presentar depresión.

## ¿Por qué hay que evitar la obesidad?



## ¿Cómo orientar el tratamiento?

Un cambio en los hábitos de ingestión de alimentos y de actividad física deben ser los objetivos más importantes en la prevención y el tratamiento de la obesidad y es la recomendación de los organismos internacionales, particularmente si estos cambios incluyen al grupo familiar y comienzan en forma temprana.

El tratamiento individual de la obesidad suele ser poco exitoso y es probable que la falta de un enfoque integral y de objetivos y metas claras expliquen este fracaso, ya que el tratamiento al inicio es desalentador con ciclos de pérdida-recuperación de peso corporal que repercuten en el bienestar psicológico. Debido a que la ingestión de alimentos mejora el estado de ánimo, por el aumento de las concentraciones de serotonina cerebral, en muchos casos una restricción alimentaria durante la dieta hipocalórica se acompaña de "depresión dietética" que puede llevar al rechazo del tratamiento. El desarrollo de la psicoterapia para el tratamiento de la obesidad puede mejorar las perspectivas del paciente obeso, al abordar los factores etiopatogénicos, así como al evitar las recaídas, abandono del tratamiento y aumentar la tolerancia a la dieta hipocalórica. Por tanto, el equipo que lleve a cabo el tratamiento debe ser multidisciplinario e incluir médicos, nutriólogos, psicólogos y psiquiatras.

El tratamiento siempre deberá ser personalizado y adaptado a las características de las comorbilidades. Pequeños cambios, pero mantenidos, en la dieta habitual, con énfasis en la disminución de los productos hipercalóricos y un aumento en la actividad física, favoreciendo el caminar y las actividades físicas recreacionales, permiten un mayor éxito a mediano y largo plazo, especialmente si estos cambios incluyen al grupo familiar y comienzan en forma temprana. Los padres deben llevar todo el peso del tratamiento en los niños y niñas menores de cinco años. Entre los cinco y nueve años se les dará alguna responsabilidad a los niños, pero la familia estará vigilante y responsable. Por encima de esta edad se permitirá mayor grado de responsabilidad al niño y en la adolescencia el papel familiar disminuirá notablemente.

---

## Bibliografía

- Carpinello B. (2009). Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009;18(2):119-127.
- Esquivias-Zavala, Héctor, Reséndiz-Barragán, Aída Monserrat, García, Fernando, & Elías-López, Daniel. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud mental*, 39(3), 165-173.
- Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, et al. (2017). Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. jc. 2016-2573.

# Trastornos de la conducta en adolescentes

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO

**¿Qué es un trastorno de la conducta?** Se refiere a una serie de alteraciones en el comportamiento que generan importante disfunción familiar, social y académica en los jóvenes, por la incapacidad para contener una conducta impulsiva (como los arranques de ira). Estos padecimientos son clasificados actualmente dentro del rubro de los trastornos del control de los impulsos en el DSM-5 y antes como trastornos externalizados. Se destacan principalmente cuatro: disocial, negativista desafiante, explosivo intermitente y disruptivo de desregulación emocional.

## ¿Qué tan frecuentes son los trastornos del control de los impulsos?

Son muy frecuentes. Se estima que entre el 3 y el 7% de los niños en primaria presentan algún problema de conducta y el 30% de los niños menores de 12 años y 25% de los menores de 17 años han tenido por lo menos una pelea física seria. La estadística también habla de que al menos el 13% de los jóvenes en la secundaria son víctimas de acoso escolar (*bullying*).

## ¿Qué es el trastorno negativista desafiante?

También llamado opositor desafiante, se caracteriza por una conducta retadora con las autoridades (ya sea hacia los maestros, padres, etcétera), tendencia al negativismo (para todo es no), desobedecer



deliberadamente, irritabilidad, culpar a otros por sus problemas o sus acciones, provocar peleas y tener rabietas recurrentes, así como una actitud rencorosa y vengativa.

## ¿Qué es el trastorno disocial?

También llamado trastorno de conducta (lo que puede llevar a confusión por el título de este tema), es un cuadro grave. Suele amenazar e intimidar a los demás, destruyen propiedad ajena de manera intencionada, roban, mienten, manipulan, son crueles con los demás y algunos de ellos carecen de empatía (ponerse en el lugar de las otras personas), no suelen sentir remordimiento ni sentimientos de culpa por sus actos.

## ¿Qué es el trastorno disruptivo de desregulación emocional?

Se caracteriza por arranques de ira intensos e inapropiados, muy severos y recurrentes (tres por semana o más), donde estado de ánimo es persistentemente irritable (por lo menos un año), en mínimo tres diferentes contextos (por ejemplo: casa y escuela) iniciando antes de haber cumplido los 10 años de edad.





### **¿Qué es el trastorno explosivo intermitente?**

Es un trastorno que se caracteriza por presentar arranques de ira intensos e inapropiados a la causa. Esto significa que el precipitante de la ira no es para nada proporcional a la reacción, por ejemplo: se le pide a un adolescente que recoja su habitación, y la respuesta de este es arrojar un objeto contra la puerta, o bien romper un vidrio.

### **¿La causa de los problemas del control de los impulsos es la “mala crianza”?**

Se han observado en estudios de distintos países y distintas culturas que los factores como la pobreza, la falta de estructura y límites, la violencia intrafamiliar y del medio social contribuyen a la aparición de estos trastornos. Dentro de los puntos más encontrados están la falta de involucramiento de los padres, disciplina inconsistente o abuso del menor. Sin embargo se considera que el origen de los trastornos del control de impulsos es multifactorial, es decir, que está involucrado lo genético, lo ambiental y lo familiar, por lo que la crianza no es determinante.



### **¿Son heredables los trastornos del control de los impulsos?**

Se han estudiado diversos genes, entre ellos 5HTTL-PR, DRD4 y MAO-A como implicados en los síntomas de ansiedad, depresión y conductas negativista-desafiante. Sin embargo, como se estableció en la respuesta a la pregunta anterior, el origen es multifactorial por lo que la genética no es determinante para un trastorno del control de los impulsos.

### **¿Con quién debo acudir si mi hijo presenta un problema de conducta y del control de los impulsos?**

Si tu hijo presenta problemas de conducta y del control de los impulsos es importante que lo lleves a valorar con un psicólogo y un psiquiatra de la infancia y la adolescencia. Ambos profesionistas le realizarán las pruebas pertinentes y crearán un plan de tratamiento individualizado para tu hijo.

### **¿Cuáles son los tratamientos para un adolescente con problemas del control de los impulsos?**

El tratamiento es multidisciplinario y específico para cada joven. Primero se deben de identificar predisponentes, precipitantes y perpetuadores de los problemas de conducta y hacer un plan de trabajo tomándolos en cuenta. Dentro de los tratamientos recomendados está la terapia individual para el adolescente con énfasis en brindar herramientas que mejoren la regulación emocional y el autocontrol. Se sugiere que también los padres tomen un entrenamiento para el manejo conductual y la familia una terapia familiar. En el tratamiento farmacológico, se utilizan diferentes combinaciones de antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos específicos para cada caso.

## ¿Por qué si mi hijo tiene un problema de conducta, le dan antiepilépticos, antidepresivos o antipsicóticos como tratamiento?

Los fármacos utilizados para los problemas de conducta tienen esos nombres porque con frecuencia ése es el motivo por el cual se usan, pero en realidad poseen muchas funciones además de las que su nombre indica, por ejemplo: los antidepresivos son también el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad y obsesivos compulsivos. De esta manera, los antiepilépticos como el valproato semisódico son un excelente regulador del estado de ánimo y contribuye bastante para ayudar al usuario a controlar el enojo y las explosiones violentas; lo mismo ocurre con antipsicóticos como aripiprazol, risperidona, olanzapina, sólo por mencionar algunos. En general, estas tres familias de medicamentos contribuyen bastante a mejorar el control y la regulación de la impulsividad.

## ¿En qué consiste el entrenamiento para el manejo conductual para los padres?

El entrenamiento para el manejo conductual para padres o PMT (por sus siglas en inglés, *Parent Management Training*), consiste en un

curso breve que le enseña a los padres con responder y aplicar contingencias adecuadas para los casos de conductas desafiantes y agresivas en los niños y adolescentes. Los cursos varían en cuanto a número de sesiones (entre cinco y 10) y tienen como prioridad enseñar a los padres a reforzar las conductas positivas de sus hijos, mejorar la convivencia familiar y establecer límites y consecuencias coherentes y consistentes.

## Además de los trastornos del control de los impulsos que se mencionaron antes, ¿existen otros padecimientos que también den como síntoma los problemas de conducta?

Sí. Muchos otros padecimientos pueden presentarse con problemas de conducta, siendo los más frecuentes: trastornos depresivos y/o ansiosos, y por supuesto, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Todos estos deben descartarse y/o tratarse a la par del problema de conducta.



---

## Bibliografía

- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., et al (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1468-1484.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla R. S., et al (2001). Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 285:2094-2100.
- Oppositional defiant disorder and conduct disorder (2009). En Coghill D, Bonnar S, Duke S, Graham J, Seth S. (1st Ed), *Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry* (pp 175-189). Oxford, NY: Oxford University Press.
- F. R. De la Peña Olvera (1 Ed.). *Psicopatología básica de niños y adolescentes*. Ciudad de México, México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Pringsheim T, Gorman D. (2012). Second-generation antipsychotics for the treatment of disruptive behaviour disorders in children: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 57(12):722-7.
- Wagner K.D. (2004). Treatment of Childhood and Adolescent Disorders. In Schatzberg A., Nemeroff C.B. (Ed) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology 3rd Edition* (pp 968-971). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barkley R.A. y Benton C.M. (2000). *Hijos Desafiantes y Rebeldes*. México. Ed: Paidós.

# Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

DR. FRANCISCO RAFAEL DE LA PEÑA OLVERA

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un problema de salud mental que forma parte de los trastornos del neurodesarrollo. Su prevalencia estimada en el mundo es del 5%.

Es común que inicie durante la infancia, sin embargo, también puede presentarse en la adolescencia e incluso durante la vida adulta. Los síntomas principales se agrupan en tres áreas: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Los de inatención incluyen, entre otros, la dificultad para concentrarse, para hacer tareas escolares de forma independiente, para organizarse y olvidos y pérdidas frecuentemente. Los de hiperactividad incluyen el moverse o hablar en exceso con poco control y ser muy inquieto. Los de impulsividad incluyen el adelantarse a dar respuestas, interrumpir conversaciones o juegos y ser muy desesperado. Para establecer el diagnóstico se pueden presentar síntomas de una, dos o de las tres áreas. Estas características deben provocar un daño o problema significativo en el funcionamiento para considerar que la persona cursa con el padecimiento. Los



reportes de maestros y padres son importantes para conocer el problema y su magnitud de afectación. La gravedad de los síntomas dependerá de la demanda del contexto, lo que significa que entre mayor sea la demanda académica o de organización mayores serán las manifestaciones de los síntomas, esto explica porque algunas personas presentan los problemas al llegar a la secundaria, a la preparatoria o a la universidad.

El origen del TDAH depende fundamentalmente de elementos biológicos asociados con dos vías de neurotransmisores de dopamina y noradrenalina. Existe hasta un 70% de participación de la genética reportada en estudios de gemelos, lo que propicia que varios miembros de una familia puedan presentar el trastorno. Los problemas del medio ambiente, como falta de estructura de organización en casa o en la escuela, límites laxos o inconsistencia en los mismos, propician mayor manifestación del problema. Cuando el TDAH no recibe tratamiento suele complicarse y asociarse con otros problemas como los trastornos de conducta y el consumo de alcohol y drogas.

La piedra angular del tratamiento para el TDAH son los medicamentos. Las primeras opciones para niños, adolescentes y adultos son los denominados estimulantes, entre los que figuran el metilfenidato y la lisdexanfetamina. Estos medicamentos son efectivos y seguros, sin embargo, han sido estigmatizados debido a su potencial uso recreacional y de abuso, lo cual sucede cuando no existe un seguimiento médico cercano. Los medicamentos de segunda opción son los denominados no-estimulantes, cuyos ejemplos más importantes son la atomoxetina y la guanfacina; son discretamente menos efectivos que los estimulantes pero igual de seguros. Los efectos colaterales de ambos grupos son similares, al reportar falta de apetito o problemas para iniciar el sueño, que normalmente son pasajeros. Las personas con TDAH deben recibir,

además del tratamiento medicamentoso, un apoyo psicoeducativo que incluye: conocer los elementos científicos del TDAH, todas las opciones de tratamientos, el desarrollo de estrategias de afrontamiento para el control de los síntomas y la generación de competencias para un estilo de vida saludable. Este último debe considerar la colaboración en la organización de las actividades diarias donde se respeten los aspectos básicos de alimentación y dormir saludables, en periodicidad, cantidad y calidad, así como el desarrollo de hábitos de estudio y deporte con práctica de cuatro a cinco días a la semana.

El TDAH es un trastorno que puede controlarse y que, cuando se trata, permite el adecuado desarrollo integral de quien lo padece.

# Urgencias psiquiátricas en adolescentes

DRA. AURORA SOLEDAD MOLINA LÓPEZ

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos estarán entre las cinco causas más prevalentes de discapacidad, morbilidad y mortalidad en niños y adolescentes.

Estos trastornos podrían identificarse en el ambiente familiar o escolar del menor y recibir una evaluación y tratamiento tempranos, sin embargo, con frecuencia el servicio de urgencias psiquiátricas es el primer contacto del adolescente y su familia con un profesional de la salud mental. Aunque pueden presentarse en el servicio por varias razones, las más comunes son la conducta suicida, agitación o agresividad, psicosis (que el adolescente crea, vea o escuche cosas que no son reales), abuso sexual y trastornos de la conducta alimentaria. Hablaremos aquí de las dos primeras.



## ¿Qué es la conducta o proceso suicida?

Es una serie de pensamientos y comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

## ¿Qué hay de la conducta suicida en adolescentes?

En México, suicidio constituye la segunda causa de muerte en jóvenes desde los 15 años de edad, sólo por debajo de las muertes por accidente. En comparación con los adultos, los adolescentes experimentan más comúnmente ideación e intentos suicidas; además, en relación con el total de muertes a esa edad, tienen una mayor proporción de muertes por suicidio.

## El suicidio es prevenible

El incremento de conducta suicida en adolescentes es alarmante; sin embargo, es importante recordar que la prevención es posible. Para que la identificación temprana de la conducta suicida se logre desde casa es necesario que le demos siempre la importancia que amerita, no dar por hecho que se trata de una conducta manipuladora, y tengamos claros los mitos y realidades sobre la conducta suicida.

# Mitos sobre el suicidio

<b>Mito</b>	<b>Realidad</b>
"Quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo"	Quienes hablan de suicidio pueden así estar pidiendo ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza, y pueden considerar que no tienen otra opción. Estas verbalizaciones nunca deben ser consideradas como un alarde, chantaje o manipulación de la para la obtención de un fin determinado.
"La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa"	La mayoría de los suicidios han sido precedidos por signos de advertencia verbal o conductual. Es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.
"El suicida está decidido a morir"	Por el contrario, los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Alguien puede actuar impulsivamente en momentos de crisis y causarse lesiones, aunque la idea de muerte no sea clara. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.
"Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo"	El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.

"Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo para hacerlo"

La mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión; escuchar a la persona sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la conducta suicida aliviará su tensión. Es muy importante que adoptemos una disposición de escucha auténtica y respeto, lo que le indicará que nos preocupa y que deseamos ayudarlo. Discutir o minimizar estas ideas es una actitud equivocada.



### ¿Qué hacer si presentas ideación suicida?

Si sientes tristeza y tienes la idea de que la vida no merece la pena, que nada va a cambiar o que la única manera de acabar con el sufrimiento y con los problemas es dejar de vivir, busca un amigo, un familiar, un médico, un psicólogo, un psiquiatra, una enfermera, o un trabajador social u otro profesional de tu confianza y cuéntale lo que sientes. No mantengas en secreto tus pensamientos sobre el suicidio. Busca la compañía de alguien que te aprecie y con quien te sientas a gusto. Déjate ayudar; recuerda que no es bueno actuar de forma impulsiva; puedes demorar cualquier decisión acerca del suicidio.

### Agitación, ¿no es una rabieta normal?

Una condición clínica frecuente de los adolescentes en el servicio de urgencias psiquiátricas es la agitación.

La agitación es un síndrome caracterizado por inquietud motora, pobremente organizada, en donde predomina una actividad física o psíquica (pensamiento) inusualmente elevada. La agitación genera un estado de importante irritabilidad e hipersensibilidad a los estímulos externos. El cuadro es inestable y puede generar cambios de conducta descontrolados, motivo por el cual puede escalar a niveles peligrosos en poco tiempo, llegando incluso a la agresividad.

En los adolescentes, la agitación puede surgir de diferentes trastornos psiquiátricos, por ejemplo, de la pobre tolerancia a la frustración o intolerancia a los límites dentro de un trastorno de conducta, de la mala regulación emocional dentro de un trastorno del estado de ánimo; puede ser secundario al pobre control de impulsos dentro de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o también debido a la intrusión de pensamientos paranoicos o alucinaciones (ver sombras, siluetas, animales o personas o escuchar voces que no existen) dentro de un trastorno psicótico. Los berrinches o rabiets son una reacción característica de niños de entre 16 meses y tres años y medio ante la frustración. Típicamente consiste en un fuerte ataque de ira que incluye protestas, llanto, gritos y agitación motora. La rabieta ocasional en los niños se considera parte de su proceso normal de maduración y se origina en una frustración por no poder imponer su voluntad.



Aunque en cada situación pueden ser necesarias distintas medidas por parte de los padres para prevenir o controlar los berrinches, es posible tener claras las conductas que favorecen el control emocional de los niños y adolescentes, por ejemplo:

**Ser consistentes:** Establecer límites razonables de manera que el adolescente sepa las consecuencias que puede esperar de su conducta. Las consecuencias deben ser proporcionales a sus actos y consistentes.

**Anticipar:** Conocer los detonantes y tener un plan cuando el adolescente se sienta enfadado o desesperado. Considerar, por ejemplo, actividades que lo mantengan ocupado.

**Motivar al adolescente a usar palabras:** Pedirle que explique más claramente lo que siente, desea o necesita favorece al manejo de sus emociones.

**Dejar que tome decisiones:** Evitar decir "no" a todo. Permitir la negociación con varias opciones a escoger y darle una sensación de control.

**Incentivar el buen comportamiento:** Ofrecer mayor atención y cariño cuando controla y comparte sus emociones

## ¿Cómo sé si mi hijo ya necesita ayuda?

La mayoría de los niños comienzan a tener menos berrinches a partir de los tres años y medio conforme las habilidades para el control de sus emociones mejora. Hay que observar si un niño continúa con la misma frecuencia o una frecuencia aumentada de berrinches luego de los cuatro años, si durante los berrinches llega a lastimarse, lastimar a otros o amenazar con hacerlo, o deja de respirar hasta el grado de desmayarse, requiere una evaluación profesional.

La salud mental del adolescente debe ser tomada en cuenta por los familiares de manera temprana y basarse en medidas de prevención, incluso sin llegar a la necesidad de acudir al servicio de urgencias psiquiátricas. En todo caso, esta atención debe ser parte de un plan integral de intervenciones y no simplemente un momento para estabilizar su conducta.



### Bibliografía

- Dolan, M. A. & Fein, J. A. (Mayo 2011). Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics*. 127(5): e1356–66. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518712>
- Leon, S. L., Cloutier, P., Polihronis, C., Zemek, R., Newton, A. S., Gray, C., et al. (2017). Child and Adolescent Mental Health Repeat Visits to the Emergency Department: A Systematic Review. *Hosp Pediatr*. 7(3):177–86. Disponible en: <http://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/7/3/177.full.pdf%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18&NEWS=N&AN=614731838>
- Riba, M. B., Ravindranath, D. & Winder, G. S. (2016). American Psychiatric Association. *Clinical manual of emergency psychiatry*. 349 p. Disponible en: [https://www.appi.org/Clinical\\_Manual\\_of\\_Emergency\\_Psychiatry\\_Second\\_Edition](https://www.appi.org/Clinical_Manual_of_Emergency_Psychiatry_Second_Edition)
- Pisano, S., Mucci, M. & Masi, G. (2016). Psychiatric emergency department for youth: A challenge for the future of child and adolescent mental health [Internet]. Vol. 18, *International Journal of Emergency Mental Health*. p. 742–3. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/psychiatric-emergency-department-for-youth-a-challenge-for-the-future-of-child-and-adolescent-mental-health-1522-4821-1000324.pdf>
- OMS (2016). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. WHO. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)



