Manual de Salud Mental
para pediatras ocupados 2026

aep Asociación Española de Pediatría
CSMent Comité de Salud Mental

Pediatría y salud mental: un desafío urgente

La pandemia por SARS-CoV-2 marcó un antes y un después en la percepción de la salud mental infantil y adolescente. No porque estas dificultades no existieran previamente, sino porque la crisis sanitaria acentuó una sintomatología que ya preocupaba y que hoy amenaza el bienestar, la seguridad y el futuro de los más jóvenes.

Conscientes de este escenario y de la necesidad de que la Pediatría disponga de una adecuada formación en salud mental con herramientas útiles y prácticas, el **Comité de Salud Mental de la AEP** ha elaborado el *Manual de Salud Mental para Pediatras Ocupados*. Este documento recoge las principales inquietudes relacionadas con la estabilidad emocional de la infancia y la adolescencia, y **ofrece estrategias claras y aplicables para abordarlas desde la consulta pediátrica**. Es un material nacido de la práctica clínica diaria de los miembros del Comité, construido a partir de la experiencia acumulada, el intercambio de conocimiento y el compromiso con una atención integral y respetuosa.

El manual aspira a ser **útil, práctico y cercano**, acompañando a los pediatras en un reto que ya forma parte de su quehacer cotidiano. Nuestro agradecimiento a la Asociación Española de Pediatría por su apoyo incondicional y su apuesta firme por mejorar la salud infantil, a los asesores externos que enriquecieron este trabajo y a los editores y revisores que cuidaron cada detalle.



De izquierda a derecha: **Dra. Raquel Jiménez García, Dr. Félix Notario Herrero, Dra. Azucena Díez Suarez, Dra. Concha Bonet de Luna, Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez, Dra. Lorena Algarrada Vico, Dra. Lefa S. Eddy, Dr. Pedro Javier Hernández Rodríguez, Dra. Lorena Vázquez Gómez, Dra. Paula Armero Pedreira.**

Índice

Introducción	Autora	Pág.
Pediatría es salud mental, salud mental es pediatría.	Dra. Paula Armero Pedreira	4

Capítulo	Autor/a	Pág.
1. Aspectos ético-legales en salud mental en el adolescente. Confidencialidad y consentimiento informado.	Dr. Félix Notario Herrero Dra. Nuria Garrido Cuenca	5
2. Entrevista con el adolescente: herramientas clave.	Dra. Raquel Jiménez García	9
3. Desarrollo mental y emocional saludable en niños y adolescentes.	Dra. Concha Bonet de Luna Dra. Itz Oiz Urriza Dra. Paula Armero	14
4. La "circunstancia" en los problemas de salud mental.	Dra. Concha Bonet de Luna Dra. Itz Oiz Urriza	17
5. Teoría del vínculo y su relación con la salud mental infanto-juvenil: implicaciones para pediatría.	Dra. Amaia Halty Barrutieta Dra. Concha Bonet de Luna	20
6. Experiencias adversas en la infancia. Importancia de la detección precoz en consulta pediátrica.	Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez	24
7. Experiencias adversas en la relación de apego y vínculo parental: el papel de la pediatría.	Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez Dra. Purificación Sierra García Juez	30
8. Promoción de la parentalidad positiva para la prevención en salud mental. Mensajes para utilizar en la consulta.	Dr. Javier Rodríguez Contreras	35
9. La importancia de evaluar la salud mental de los padres en las revisiones de niño sano: una oportunidad preventiva para la salud pediátrica.	Dra. Concha Bonet de Luna	39
10. Divorcio conflictivo y su repercusión en la salud mental de los hijos.	Dra. Celia Alcántara del Rey Dra. Lefa S. Eddy Dra. Concha Bonet de Luna	42

Capítulo	Autor/a	Pág.
11. Manejo del acoso entre pares en pediatría: guía práctica para la consulta.	Dra. Marta Torrejón López y Dra. Concepción Bonet de Luna	45
12. Impacto de las pantallas y las redes sociales sobre la salud mental de nuestros adolescentes. ¿qué podemos hacer desde atención primaria?	Dra. Lorena Algarrada Vico Dra. Lefa S Eddy Dr. Javier Rodríguez Contreras	48
13. Los trastornos de aprendizaje. Dislexia.	Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández	53
14. Aislamiento social en el niño y adolescente.	Dra. Concha Bonet de Luna Dra. Lefa S Eddy	57
15. Ansiedad infantojuvenil. Claves para detección y manejo en consultas de pediatría.	Dra. Concha Bonet de Luna	61
16. Depresión en la infancia y adolescencia.	Dra. Paula Armero Pedreira Dra. Azucena Díez Suárez	64
17. Trastornos de la conducta alimentaria de niños y adolescentes.	Dra. Azucena Díez Suárez Dra. Raquel Jiménez García	68
18. ¿Cómo distinguir la conducta suicida de autolesiones no suicidas? ¿Qué podemos hacer desde atención primaria?	Dra. Lorena Algarrada Vico, Dra. Lorena Vázquez Gómez Dra. Azucena Díez Suárez	73
19. Técnicas para serenar mente y cuerpo.	Dra. Concha Bonet de Luna Dra. Itz Oiz Urriza	78
20. Cuidar al cuidador.	Dra. Lorena Vázquez Gómez	83

aep Asociación Española de Pediatría CSMent Comité de Salud Mental

Pediatría es salud mental, salud mental es pediatría.

Dra. Paula Armero Pedreira
Pediatra de Atención Primaria. Coordinadora del Comité de Salud Mental.

Empezaré con las palabras de José Antonio Luengo, psicólogo educativo y sanitario y un referente en salud mental: *"Es necesario implicarse, implicar, buscar alianzas, mostrar incondicionalidad".*

Este manual pretende abordar la salud mental en la infancia y adolescencia desde los cimientos (es decir, desde el inicio, cuando la promoción y prevención son claves), hasta cuando la patología ya existe y debemos trabajar para minimizar su impacto. No solo en estas etapas sino también en la edad adulta.

Sin embargo, a día de hoy el término salud mental continúa siendo sinónimo de estigma. Debemos reflexionar sobre cómo hemos llegado al momento actual de empeoramiento, de crisis, de sensación de ahogo constante. Porque, admitámoslo, los menores son nuestro espejo y lo que reflejan con su dolor es también el nuestro, en cierto sentido.

La situación de los últimos años nos ha golpeado como un tsunami. Desde la pandemia, tanto los menores como los profesionales sanitarios, docentes y familias, sentimos ese desborde emocional. Pero no hay que caer en la romantización del pasado. Los tiempos de antes no siempre fueron mejores, mirábamos menos a la infancia y a la adolescencia y también las protegíamos menos. Lo que ahora observamos con angustia, no es más que el fruto de las generaciones pasadas, eso sí, con un catalizador, el entorno digital, que no ha hecho más que agrandar el incendio.

Hay que conocer el pasado para aprender de él, centrándonos en el presente y mirando al futuro. Por ello, el Comité de Salud Mental de la AEP con sus distintas iniciativas reivindica la salud mental como prioridad, como pilar fundamental en el desarrollo.

Este manual se publica en formato online para que sea un documento "vivo", es decir, que según la evidencia avance se pueda modificar, añadir o incluso eliminar lo que no sea necesario o esté ya obsoleto.

Empezamos este proyecto sabiendo que no recogemos ni todas las patologías ni todos los aspectos de la salud mental existentes, pero nuestro objetivo es ir ampliando progresivamente los capítulos para que sean de referencia a los pediatras y otros profesionales.

La teoría es importante, pero de nada sirve si en la práctica, en nuestro día a día, con los menores y sus familias, no conseguimos conectar (RAE: lograr una buena comunicación con alguien).

Es imprescindible que nuestras consultas sean entornos seguros, donde se puedan expresar las emociones y que estas sean validadas. Donde tanto la escucha activa como la participación del menor, primen. Además, debemos recalcar el papel del acompañamiento, olvidado o relegado, en mi opinión, dentro de nuestra práctica clínica, pero fundamental como sostén de esas niñas, niños y adolescentes.

Sin lugar a dudas, solo desempeñamos adecuadamente nuestra labor cuando nos coordinamos. Nuestra agenda debería incluir el trabajo en red a diario, no solo con profesionales sanitarios sino con los profesionales de los centros educativos y de los servicios sociales.

Es el momento de cambiar de paradigma, de rediseñar la atención y las prestaciones con el objetivo de maximizar los resultados. Para que nuestros menores consigan desarrollar la ansiada resiliencia, el modelo actual debe entrelazar la salud social, la salud educativa y la salud mental. Soy defensora de promover los centros escolares como otro lugar más de prestación sanitaria, eso sí con un programa bien estructurado y desarrollado.

Por último, pero no menos importante, cualquier política o plan debe siempre contar con la participación activa de los menores. Poner en el centro a la infancia y adolescencia no es suficiente si no contamos con sus voces.

También señalar que nombramos la salud mental por ser este manual redactado en ese sentido, pero todo está conectado. La salud es un término amplio por lo que, cada vez que un paciente entra por la puerta, debemos valorar el conjunto, no debemos separar más lo físico de lo emocional, lo externo de lo interno.

RECURSOS

- **Normas de calidad para los servicios de salud mental infantil y juvenil: para su uso en la atención especializada comunitaria o ambulatoria en toda la Región Europea de la OMS.**
  - **Los usuarios tienen la capacidad de participar activamente en el diseño y la prestación de servicios.**
  - **La atención respeta los derechos humanos y es segura.**
  - **El servicio involucra a la familia y a la comunidad.**
  - **El servicio brinda apoyo oportuno.**
  - **El servicio facilita transiciones fluidas a otros servicios.**
  - **La atención es apropiada para el desarrollo y se basa en la evidencia.**
  - **La atención es brindada por personal competente y adecuado.**
  - **La atención se brinda dentro de una cultura de mejora de la calidad y recopilación de datos.**
- **Resultados del informe Salud mental infantil y juvenil en la Región Europea de la OMS 2025: Child and youth mental health in the WHO European Region: status and actions to strengthen the quality of care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.**
- **Trabajo en red: Schlesinger A, Sengupta S, Marx L, Hilt R, Martini DR, DeMaso DR, et al. Clinical Update: Collaborative Mental Health Care for Children and Adolescents in Pediatric Primary Care. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(2): 91-119.**
- **Luengo, J. A. (2026). El algoritmo del miedo. Radiografía del acoso escolar. Plataforma Editorial.**

1. Aspectos ético legales en salud mental en el adolescente. Confidencialidad y consentimiento informado.

Dr. Félix Notario Herrero
Pediatra. Serv. Pediatría y Adolescencia.
Clínica HLA - Albacete. Codirector Máster en Salud Integral de la adolescencia. UCLM. Ex presidente SEMA.

Dra. Nuria Garrido Cuenca
Catedrática Derecho Administrativo UCLM, Máster en Derecho Sanitario y Bioética. Codirectora Máster en Salud integral de la Adolescencia, UCLM.

PUNTOS CLAVE

- El adolescente es sujeto de derechos con autonomía progresiva, lo que obliga a reinterpretar el consentimiento informado y la confidencialidad más allá del modelo paternalista clásico.
- La gradación de capacidad por edad en la Ley 41/2002 debe integrarse con una valoración prudente de la madurez real y del riesgo objetivo, especialmente en salud mental y conductas autolíticas.
- La protección de la confidencialidad del menor no es absoluta: se limita por el interés superior del adolescente, el riesgo grave para la vida o integridad y los deberes de protección frente a la violencia.

INTRODUCCIÓN

En la última década se ha producido un incremento sostenido de los problemas de salud mental en adolescentes, con aumento de la prescripción de psicofármacos, de la ideación suicida y de las conductas autolesivas. Este fenómeno ha evidenciado las tensiones entre autonomía, protección y seguridad del paciente menor, en un marco normativo complejo y, a menudo, poco coordinado.

El ordenamiento español reconoce al menor como sujeto de derechos, con capacidad progresiva para participar en las decisiones sanitarias que le afectan, al tiempo que mantiene una intensa obligación de protección por parte de la familia, los poderes públicos y los profesionales. En el ámbito de la salud mental esta doble condición se traduce en conflictos frecuentes en torno al consentimiento informado, el acceso a tratamientos psiquiátricos, los internamientos involuntarios y los límites de la confidencialidad frente a los padres o frente a situaciones de riesgo grave.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 2026 y el posterior Plan de Acción 2025 2027 insisten en la necesidad de un enfoque integral de la salud mental infanto juvenil, centrado en la prevención, los apoyos tempranos y la coordinación intersectorial, lo que reclama una lectura coherente del marco ético legal aplicable a adolescentes[1]. Este trabajo propone una síntesis de los principales problemas ético jurídicos ligados a la confidencialidad y al consentimiento informado en salud mental del adolescente, con especial atención al interés superior del menor, a la autonomía progresiva y a las situaciones de riesgo suicida.

EL MENOR COMO SUJETO DE DERECHOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

La evolución legislativa española ha pasado de una visión del menor como objeto de protección, a su reconocimiento como sujeto de derechos, en línea con la Convención sobre los Derechos del Niño y con la doctrina de la autonomía progresiva. La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, completada por las reformas de 2015 y por la LO 8/2021 de protección integral frente a la violencia, consagra el derecho del menor a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y madurez, también en el ámbito sanitario.

En el plano sanitario, la Ley 41/2002 de autonomía del paciente regula por primera vez de manera sistemática la posición del menor en relación con las decisiones sobre su tratamiento, introduciendo una gradación de capacidad que combina criterios de edad, madurez y riesgo objetivo[2]. Esta regulación se ve hoy atravesada por los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y por la Ley 8/2021 de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, que desplazan el foco desde la sustitución hacia los apoyos, también en el campo de la salud mental[3].

Desde la bioética, el menor se concibe como un sujeto vulnerable, cuya autonomía está en construcción y fuertemente condicionada por la familia, el contexto educativo, los determinantes sociales y, en el caso del adolescente, por el desarrollo neurocognitivo propio de esta etapa. La noción de “autonomía relacional” resulta especialmente útil para entender que la participación del adolescente en las decisiones no puede separarse de la existencia de redes de apoyo adecuadas y de procesos deliberativos compartidos[4].

CONSENTIMIENTO INFORMADO: GRADACIÓN POR EDAD Y MADUREZ

La Ley 41/2002 establece un régimen escalonado de capacidad decisoria del menor, que se ha consolidado como referencia básica en la práctica clínica. En síntesis, pueden identificarse tres grandes tramos: menores de 12 años; de 12 a 16 años (con aplicación de la doctrina del menor maduro) y mayores de 16, con plena autonomía en el ámbito sanitario, salvo situaciones de especial gravedad para el interés del menor (Tabla 1).

La reforma de 2015 introduce un criterio mixto que obliga a valorar la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance de la intervención, de modo que la edad funciona como referencia, pero no excluye el análisis de la madurez real. La figura del “menor maduro”, consolidada en la doctrina y en la jurisprudencia, permite reconocer capacidad decisoria a adolescentes que no han alcanzado aún los 16 años, cuando demuestran comprensión suficiente de la información y de las consecuencias a corto y medio plazo[5].

Sin embargo, los estudios de psicología evolutiva y de neurociencia muestran que el desarrollo del lóbulo prefrontal en la adolescencia limita la capacidad de valorar riesgos a largo plazo, especialmente en contextos de elevada carga emocional, como la depresión, la ansiedad grave o la ideación suicida. Esto plantea la necesidad de una “escala móvil de capacidad” que tenga en cuenta la edad, la gravedad y la irreversibilidad de la decisión, así como los factores psicosociales presentes, en lugar de aplicar automáticamente criterios de mayoría de edad sanitaria[6].

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ADOLESCENTE

La confidencialidad es un pilar de la relación terapéutica y un presupuesto para que el adolescente consulte por problemas de salud mental, consumo de sustancias, sexualidad o situaciones de violencia sin miedo a represalias familiares o sociales. Desde el punto de vista jurídico, se articula a través del derecho a la intimidad, la protección de datos de salud y el secreto profesional, recogidos en la Constitución, en la legislación sanitaria y en la normativa de protección de datos[7].

En el caso de menores, la cuestión central es en qué medida los titulares de la patria potestad pueden acceder a la información clínica de sus hijos y cuándo debe respetarse la confidencialidad frente a ellos[8]. La ley de autonomía del paciente no contiene una regla específica clara, lo que ha sido parcialmente suplido por la doctrina de la Agencia Española de Protección de Datos y por normas autonómicas, que tienden a reconocer al adolescente maduro un margen de intimidad frente a los progenitores, especialmente en ámbitos de salud sexual y mental.

No obstante, este margen no es absoluto. En situaciones de riesgo grave para la vida o la integridad del menor, el profesional tiene el deber de compartir la información necesaria con los padres o con las autoridades competentes, en aplicación del principio de no maleficencia y del interés superior del menor. Ello incluye los casos de ideación suicida, intentos autolíticos o sospecha de violencia, donde el silencio profesional podría convertir la confidencialidad en un factor de riesgo adicional[9] (Tabla 2).

En resumidos términos, las reglas clave de actuación[10] serían las siguientes:

- Problemas de salud mental leves, sin riesgo vital, con adolescente capaz: se prioriza confidencialidad, fomentando la alianza y la comunicación progresiva con la familia.
- Situaciones de conflicto familiar relevante o de violencia: confidencialidad limitada; se activa coordinación con servicios sociales y educación.
- Riesgo grave de autolesión o suicidio: confidencialidad cede ante el deber de protección; información necesaria a progenitores y, en su caso, comunicación a autoridad judicial.

SITUACIONES DE ESPECIAL COMPLEJIDAD: RIESGO SUICIDA E INTERNAMIENTOS

Las conductas autolíticas y los trastornos mentales graves en adolescentes son el escenario donde más se tensionan consentimiento, representación y medidas de protección. La normativa combina la Ley 41/2002, el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico y la LO 8/2021, que establece límites estrictos a las contenciones y aislamientos en menores[11].

En la práctica, se plantean tres tipos de conflictos: desacuerdo entre el menor y sus padres sobre la indicación de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico; divergencias entre progenitores acerca del ingreso o la continuidad del tratamiento; y discrepancias entre familia y equipo clínico ante un riesgo suicida valorado de forma diferente. La jurisprudencia constitucional reciente, en materia de vacunación de menores, ha subrayado que el criterio decisivo es el interés superior del menor, siempre que exista una motivación reforzada que justifique la limitación de su voluntad cuando está en juego un beneficio clínico relevante.

En salud mental, este enfoque exige integrar tres elementos: una valoración clínica rigurosa del riesgo, la exploración de apoyos menos restrictivos (intervención comunitaria, hospital de día, programas intensivos ambulatorios) y la participación efectiva del adolescente en la deliberación, incluso cuando se opta por un internamiento involuntario. Desde la ética, se trata de evitar tanto el paternalismo que invisibiliza la voz del joven como el "abandono disfrazado de respeto", que deja sin protección situaciones de riesgo extremo.

La Estrategia de Salud Mental 2022 2026 y el Plan de Acción 2025 2027 apuestan por reforzar los dispositivos infanto juveniles, reducir la respuesta exclusivamente farmacológica y ampliar los recursos comunitarios, con el fin de prevenir la cronificación y evitar que los circuitos de protección y discapacidad acaben convirtiendo problemas de salud mental juveniles en trayectorias de discapacidad estable. Esta perspectiva es coherente con el paradigma de apoyos introducido por la Ley 8/2021 y con una bioética de la fragilidad y la responsabilidad, que insiste en la necesidad de acompañar sin etiquetar prematuramente.

EJEMPLIFICANDO LA DELIBERACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CASO 1: AUTONOMÍA PROGRESIVA Y MENOR MADURO. DELIBERACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO EN UN ADOLESCENTE CON ANSIEDAD

Un adolescente de 15 años consulta por ansiedad social con impacto moderado en su rendimiento escolar, sin antecedentes de autolesiones ni riesgo vital inmediato. La especialista plantea un abordaje escalonado: iniciar psicoterapia y valorar más adelante la introducción de un antidepresivo ISRS si no hay mejoría suficiente. La madre insiste en empezar de forma inmediata el tratamiento farmacológico, mientras que el adolescente expresa de forma clara y coherente que prefiere comenzar solo con la terapia psicológica, demostrando que comprende la información recibida y los posibles beneficios y riesgos del fármaco. La deliberación clínica y jurídica se centra en la aplicación de la autonomía progresiva y de la figura del menor maduro, en un contexto de ausencia de riesgo grave y existencia de alternativas menos invasivas. A la luz de la Ley 41/2002 y de la doctrina del interés superior del menor, el equipo considera proporcionado respetar la preferencia del adolescente, documentando la decisión, acordando una revisión temprana y explicando a la madre que su papel protector incluye también acompañar un plan terapéutico gradual y no exclusivamente promover intervenciones farmacológicas precoces.

CASO 2: CONFIDENCIALIDAD, RIESGO SUICIDA E INTERÉS SUPERIOR. DELIBERACIÓN SOBRE LÍMITES DE LA CONFIDENCIALIDAD EN RIESGO SUICIDA

Una adolescente de 16 años es derivada desde el instituto por bajo estado de ánimo y absentismo escolar. En la entrevista clínica sin sus progenitores, refiere ideación suicida recurrente, búsqueda de métodos autolesivos en internet y un episodio reciente de cortes superficiales que no ha comunicado en casa. Solicita expresamente que "sus padres no se enteren" porque teme una reacción de enfado y pérdida de confianza.

El profesional reconoce que la confidencialidad es clave para la alianza terapéutica en salud mental adolescente, pero debe ponderarla frente al riesgo grave para la vida y al deber de protección. La deliberación integra la edad y capacidad de la joven, la gravedad objetiva de la situación, la ausencia de apoyos seguros y el marco normativo (Ley 41/2002, LO 8/2021 y legislación de protección del menor), concluyendo que la confidencialidad no puede ser absoluta. Se decide informar a la adolescente de la necesidad de compartir parte de la información con sus progenitores y activar recursos de salud mental, intentando implicarla en el cómo y el cuánto se va a comunicar. La decisión se documenta, subrayando que la limitación de la confidencialidad se justifica por el interés superior del menor y la obligación de prevenir un daño grave, más que como una excepción arbitraria a la intimidad.

CONCLUSIONES

- El adolescente con trastorno mental es un sujeto de derechos con autonomía progresiva, lo que obliga a abandonar lecturas puramente paternalistas del consentimiento y de la confidencialidad, sin renunciar a la protección frente a riesgos graves.
- La gradación por edad prevista en la Ley 41/2002 debe complementarse con una valoración prudente de la madurez real, del impacto temporal de las decisiones y del contexto psicosocial, especialmente en intervenciones de salud mental con consecuencias a medio y largo plazo.
- La confidencialidad en salud mental del adolescente constituye una garantía esencial para la confianza terapéutica, pero encuentra límites claros en el interés superior del menor, el riesgo suicida y las situaciones de violencia o desprotección, donde prevalece el deber de cuidado.
- El régimen de internamientos involuntarios y de intervenciones coercitivas debe armonizarse con la LO 8/2021 y con el paradigma de apoyos de la Ley 8/2021, promoviendo alternativas comunitarias menos restrictivas y reforzando las garantías procedimentales para los menores.
- La Estrategia de Salud Mental 2022 2026 y el Plan de Acción 2025 2027 ofrecen una oportunidad para reorientar la respuesta a la salud mental adolescente hacia un enfoque integral de apoyos, evitando la cronificación administrativa y la producción de discapacidad evitable.

RECURSOS

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; [sanidad.gob]
- Plan de Acción de Salud Mental 2025 2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. [sanidad.gob]
- Plan de Prevención del Suicidio 2025. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2025 Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Noticias
- Tribunal Constitucional. STC 148/2023, de 6 de noviembre (vacunación COVID 19 en menor). https://elderecho.com/stc-148-2023-6-noviembre-2023-discrepancia-progenitores-sobre-vacunar-hija-menor-contra-covid-19
- Tribunal Constitucional. STC 5/2024, de 15 de enero (vacunación COVID 19 en menor de 13 años).[vlex]

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; [sanidad.gob]. Plan de Acción de Salud Mental 2025 2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. [sanidad.gob]

2. AEP. Derechos de los niños en cuanto a salud: Ley de autonomía del paciente. EnFamilia AEP; 2026. Disponible en: https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/derechos-ninos-en-cuanto-salud-ley-autonomia-paciente

3. Garrido Cuenca N. Seguridad de pacientes y salud mental en la infancia y la adolescencia: apuntes desde el derecho sanitario. Rev Derecho y salud, Vol. 33, Nº. Extra 1, 2023, págs. 48-61. vol33_Extra_03_01_Ponencia.pdf

4. Alija M, Riaño I, Esquerda M. El menor en la legislación española. Una mirada desde la ética. An Pediatr (Barc). 2024;101:337 343. El menor en la legislacion española. Una mirada desde la ética - Dialnet

5. Rodríguez L. Consentimiento informado y aspectos legales en la atención al adolescente. Pediatr Integral. 2022;XXVI(5):317.e1 317.e7. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/consentimiento-informado-y-aspectos-legales-en-la-atencion-al-adolescente/

6. Boceta Muñoz R, Martínez Casares O, Albert Márquez M. El consentimiento informado en el menor maduro: comprensión y capacidad de decisión. An Pediatr (Barc). 2021;95(6):401 409.

7. Sánchez Jacob M. Confidencialidad y protección de datos en el adolescente: hacia un equilibrio prudente. FAPap. 2022;15(3):135-140.

8. Somoza A, et al. El derecho a la confidencialidad en las personas menores en salud mental. SOM360. 2024; (monográfico salud mental y derechos). [som360]

9. AAVV: Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado, An pediatr ,Vol. 98. Núm. 3. 155-246 (Marzo 2023),

10. De Montalvo Jääskeläinen F. Derechos de los menores en el ámbito del tratamiento psiquiátrico. En: Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Madrid: Ergon; p. 465-480.

11. AEP. Autolesiones y suicidio en adolescentes. EnFamilia AEP; 2026. Disponible en: https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/autolesiones-suicidio-en-adolescentes.

Tabla 1. Gradación de la capacidad decisoria del menor en materia sanitaria.

Tramo de edad	Titular del consentimiento	Papel de padres/tutores	Derechos del menor
< 12 años	Padres/tutores (consentimiento por representación).	Deciden en interés superior del menor; obligación de informar al niño según su nivel de comprensión.	Derecho a ser informado de forma adaptada cuando sea posible y a ser escuchado de forma progresiva.
12–15 años	Padres/tutores (regla general).	Prestan consentimiento atendiendo al mayor beneficio; deben escuchar y ponderar la opinión del menor (LO 1/1996, art. 9).	Derecho a ser informado, a expresar su opinión y a que esta sea tenida en cuenta según madurez; puede influir en la decisión final.
≥ 16 años	El propio menor (mayoría de edad sanitaria relativa).	No cabe consentimiento por representación salvo excepciones legales; acompañan y apoyan la decisión sanitaria relativa).	Derecho a consentir o rechazar tratamientos como regla general; debe ser oído siempre y puede oponerse, salvo grave riesgo para su vida o salud.

Tabla 2. Criterios orientativos para el manejo de la confidencialidad en la salud mental del adolescente.

Situación clínica/jurídica	Regla aplicable	Consecuencia práctica	Fundamento ético legal
Actuaciones de grave riesgo para la vida o salud del menor de 16–17 años.	El consentimiento lo presta el representante legal, previa audiencia del menor (art. 9.4 Ley 41/2002).	Puede imponerse un tratamiento necesario pese al rechazo del menor, con motivación reforzada.	Primacía del principio de no maleficencia y del interés superior del menor frente a la autonomía relativa.
Rechazo de padres/tutores a tratamiento vital o muy beneficioso para el menor	La decisión contraria al interés del menor debe remitirse a la autoridad judicial (art. 9.6 Ley 41/2002).	El juez puede autorizar el tratamiento, incluso contra la voluntad de progenitores; posible responsabilidad por incumplimiento de deberes parentales.	El Estado actúa como "institución de no maleficencia" supliendo a la familia cuando esta causa un daño grave al menor.
Internamiento psiquiátrico involuntario por trastorno psíquico.	Requiere decisión médica, comunicación al juez en 24 h y ratificación judicial en 72 h (art. 763 LEC).	Puede acordarse ingreso sin consentimiento del menor ni de sus padres, si existe riesgo grave para sí o terceros.	Protección de la vida e integridad; control judicial de las restricciones de libertad en menores con trastorno mental.
Contenciones y aislamientos en menores.	LO 8/2021 endurece las condiciones: solo en urgencias, de forma proporcionada, tiempo limitado y bajo supervisión continua.	Se restringe el uso de contenciones físicas y aislamientos, especialmente en menores de 14 años.	Perspectiva de derechos de la infancia: prevención de violencia institucional y refuerzo de apoyos no coercitivos.
Confidencialidad ante riesgo suicida.	La confidencialidad cede ante el deber de protección; puede informarse a los progenitores y a las autoridades competentes.	El profesional debe compartir la información necesaria para activar medidas de protección y apoyos.	Compatibilizar autonomía y confidencialidad con la obligación de evitar daños graves a la vida y salud del adolescente.

2. Entrevista con el adolescente: herramientas clave.

Dra. Raquel Jiménez García
Pediatra. Responsable de la Unidad de Adolescentes.
Hospital Universitario Niño Jesús (HUNJ). Madrid.

PUNTOS CLAVE

- El pediatra desempeña un papel fundamental en la detección precoz de los problemas de salud mental del adolescente, y la entrevista clínica es su principal herramienta.
- La calidad de la entrevista y de la comunicación con el adolescente condiciona la relación de confianza y la posibilidad de que exprese su malestar.
- Incluir una anamnesis psicosocial estructurada permite detectar precozmente malestar emocional, conductas de riesgo y problemas ocultos.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia, muchos problemas de salud mental no se presentan de forma explícita, sino que se expresan a través de síntomas físicos inespecíficos, cambios de conducta o malestar difuso. Detrás de una consulta aparentemente banal puede existir un sufrimiento emocional significativo que solo se hará visible si el profesional sabe explorarlo a través de la entrevista clínica.

La entrevista en salud mental del adolescente presenta algunas particularidades respecto a la realizada en la práctica médica habitual, ya que requiere ampliar el foco de atención más allá de los síntomas físicos e incluir el contexto psicosocial, los pensamientos, las emociones, y las conductas del paciente. La forma en que se desarrolla la entrevista y la relación que se establece con el adolescente condicionan en gran medida que pueda expresar sus preocupaciones, verbalizar su malestar y hacer visibles problemas que con frecuencia permanecen ocultos [1,2].

Los principales objetivos del pediatra durante de la entrevista clínica son:

- **Establecer una adecuada alianza terapéutica.** Identificar síntomas, nivel de funcionamiento y factores de riesgo y de protección, valorando el contexto familiar, escolar y social del adolescente.
- **Detectar precozmente los problemas** emocionales o conductuales explorando tanto el motivo de consulta inicial como las preocupaciones subyacentes.
- **Valorar la gravedad**, la urgencia y la necesidad de intervención, especialmente ante la presencia de ideación suicida, autolesiones, sospecha de abuso, síntomas psicóticos o complicaciones médicas graves, como puede ocurrir en los trastornos de la conducta alimentaria.
- **Favorecer la participación activa** del adolescente en la consulta y en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- **Orientar la necesidad** de seguimiento, intervención o derivación a otros dispositivos asistenciales cuando sea preciso.

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

PREPARACIÓN DE LA ENTREVISTA

Condiciones del entorno. Es fundamental crear un espacio seguro y acogedor, en un ambiente tranquilo que garantice la intimidad del paciente, y permita disponer del tiempo suficiente para la entrevista, evitando interrupciones.

Recepción del adolescente y de la familia. Los primeros minutos de la entrevista son especialmente importantes para generar confianza. Desde el inicio, el adolescente debe ocupar un lugar prioritario dentro de la consulta, de forma que se facilite la comunicación directa con el pediatra. Idealmente, se sentará en la silla más próximo al profesional y en una posición que permita el contacto visual directo, evitando barreras físicas, como la pantalla del ordenador.

Presentación. El encuentro debe comenzar con las presentaciones del pediatra y de cualquier otra persona presente en la consulta, como residentes o estudiantes, así como del paciente y de sus acompañantes. Conviene preguntar al adolescente cómo prefiere ser llamado y, cuando proceda, qué pronombre desea que se utilice. Por último, es recomendable explicar desde el principio la estructura de la entrevista, que habitualmente incluiría un primer momento conjunto con los padres o cuidadores, otro a solas con el adolescente y una devolución final.

Confidencialidad. Es un componente esencial de la atención clínica al adolescente. Garantizar un espacio de privacidad favorece que el adolescente pueda expresar con mayor libertad sus preocupaciones, síntomas o conductas que difícilmente compartiría en presencia de sus padres **y aumenta la probabilidad de que solicite atención medica cuando la necesita**. Desde el inicio de la consulta, es importante explicar, tanto al adolescente como a sus padres o tutores, qué aspectos de la consulta se mantendrán en privado y aclarar de forma explícita cuáles son sus límites. La ruptura de la confidencialidad está justificada solo cuando existe una situación de riesgo para la seguridad o la salud del propio adolescente o de terceros. En estos casos, la información no debe compartirse sin el conocimiento del adolescente. Siempre que sea posible, el adolescente debe participar en la decisión sobre cómo informar a sus padres o tutores acerca del problema detectado[3,4]. (Capítulo 9)

ORGANIZACIÓN Y SECUENCIA DE LA ENTREVISTA

La secuencia de la entrevista puede variar en función de la edad del paciente, la experiencia del profesional, la complejidad del motivo de consulta y las preferencias del propio adolescente y de sus padres o tutores. En algunos casos, especialmente en la primera consulta, puede ser más adecuado iniciar la consulta junto con los padres y reservar posteriormente un espacio individual con el adolescente.

En otros, en cambio, puede ser preferible comenzar a solas con este y completar después la entrevista con los acompañantes.

La participación de los padres es especialmente relevante en la recogida de información clínica, especialmente en lo relativo a los antecedentes personales y familiares y determinados aspectos del contexto familiar y social, así como en la fase final de la consulta, tanto para facilitar la devolución de la información como para promover su implicación activa en el plan terapéutico.

Independientemente de cómo se inicie la entrevista, el pediatra debe priorizar mantener al adolescente en el centro de atención en todo momento, evitando que el adulto sea la principal fuente de información y quien conduzca la conversación.

En algunas situaciones, hablar a solas con los padres puede aportar información útil. En estos casos, conviene informar previamente al adolescente y contar con su conformidad, para no comprometer la relación de confianza.

RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y RIESGOS

Durante la parte privada o confidencial de la consulta, se preguntará de nuevo al adolescente por sus preocupaciones, ya que no siempre coinciden con el motivo de consulta expresado en presencia de los padres.

Muchos de los problemas de salud mental en la adolescencia no resultan evidentes en una anamnesis centrada exclusivamente en los síntomas físicos. Por ello, es necesario realizar una historia psicosocial que permita identificar de forma precoz dificultades emocionales, conductuales y relacionales, así como situaciones de vulnerabilidad o riesgo. Con el fin de estructurar esta anamnesis psicosocial del adolescente, se han propuesto distintos acrónimos o guías para la entrevista. Entre los más utilizados se encuentran HEADSS[5] y su versión ampliada HEEADSSS[6] (tabla 1), así como F.A.C.T.O.R.E.S.[7] (tabla 2).

Estas herramientas facilitan una exploración más allá del motivo de consulta y sirven como guion para garantizar que no se omitan aspectos esenciales, facilitan la detección de problemas ocultos y proporcionan una visión integral del adolescente. No obstante, deben entenderse como ayudas para ordenar la entrevista y no como cuestionarios rígidos, evitando que se perciba como un interrogatorio. En general, es aconsejable comenzar por cuestiones más generales y avanzar progresivamente hacia los temas más sensibles. Con la experiencia clínica, cada profesional suele desarrollar su propia secuencia de exploración, adaptándola a la edad del paciente y a las necesidades específicas de cada consulta.

Un aspecto fundamental en el contenido de la entrevista es la exploración del contexto vital del adolescente, incluyendo la familia, la escuela y el grupo de iguales, ya que gran parte del malestar emocional y de las conductas de riesgo están en relación con estos entornos. Junto a ello, no debe olvidarse la identificación de fortalezas, recursos personales y apoyos externos, que actúan como factores protectores y resultan esenciales para la planificación terapéutica.

Además, hay que valorar los aspectos relacionados con su seguridad, prestando especial atención a la posible existencia de riesgo suicida, autolesiones, violencia o abuso. (Capítulo 6) (Capítulo 18)
La detección de cualquiera de estas situaciones obliga a una valoración más profunda de la gravedad y de la necesidad de intervención inmediata.

Por último, conviene incorporar de forma rutinaria preguntas sobre vida digital (Capítulo 12) y sueño, dos áreas de especial relevancia en la actualidad. Debe preguntarse por el uso de pantallas, especialmente durante la noche, la posible exposición a ciberacoso (Capítulo 11), extorsión, comparación social en redes o consumo de contenidos centrados en la imagen corporal. Del mismo modo, es importante valorar los hábitos de sueño y detectar situaciones de privación crónica, ya que la falta de sueño se asocia a peor salud mental, mayor impulsividad y aumento del riesgo suicida.

EXAMEN FÍSICO

La exploración física constituye también una oportunidad valiosa para conocer cómo vive el adolescente su propio cuerpo, qué preocupaciones tiene sobre su imagen corporal y qué temores o miedos pueden estar presentes. En ocasiones, durante este momento de la consulta surge el verdadero motivo de preocupación, que no había aparecido con claridad en la entrevista inicial.

Debe realizarse en un espacio que garantice la intimidad, preferiblemente en una sala aislada y con una sábana o bata que permita al adolescente cubrirse adecuadamente. Es fundamental explicar previamente qué partes de la exploración se van a realizar.

Es recomendable realizar la anamnesis y la exploración física en momentos diferenciados, ya que esto disminuye la incomodidad del adolescente y facilita abordar con mayor tranquilidad situaciones potencialmente estresantes.

La presencia de familiares o de personal auxiliar debe individualizarse según la edad, el sexo, el tipo de exploración y las circunstancias de cada paciente, procurando que el adolescente pueda expresar su preferencia.

Si el adolescente rechaza la exploración y esta no resulta imprescindible en ese momento, puede diferirse para una visita posterior, una vez reforzada la relación de confianza.

En la exploración de los genitales es especialmente importante explicar previamente el procedimiento, solicitar permiso y mantener una actitud respetuosa, natural y profesional. Puede ser útil explicar al adolescente qué se está valorando y por qué se hace.

DEVOLUCIÓN, ACUERDOS Y PLAN DE ACTUACIÓN

En la fase final de la entrevista se resume la información recogida, se comparte la impresión clínica inicial y se acuerdan los siguientes pasos, estableciendo el plan diagnóstico-terapéutico (evaluaciones complementarias, recomendaciones, próximas visitas, etc.).

Debe darse espacio para que el adolescente y su familia expresen dudas, hagan preguntas y aclaren cualquier preocupación. Asimismo, conviene reforzar los aspectos positivos, reconocer el esfuerzo realizado durante la consulta y transmitir disponibilidad para futuras consultas.

La información que se comparta con los padres o cuidadores debe haberse acordado previamente con el adolescente, respetando la confidencialidad y sus límites.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Una comunicación efectiva constituye una herramienta clínica fundamental en la atención al adolescente. Favorece una relación de confianza con el profesional, facilitando la detección precoz de problemas de salud mental, dificultades relacionadas con la sexualidad y conductas de riesgo.

Además, contribuye a mejorar los resultados clínicos, incrementando la adherencia a las recomendaciones y la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales.

Entre las estrategias más útiles para mejorar la comunicación destacan[2,8-11]:

- **Mostrar empatía e interés genuino.** El adolescente percibe con rapidez si el profesional escucha de manera auténtica o se limita a formular preguntas de rutina. Mostrar interés real por lo que piensa, siente y vive favorece la confianza y facilita una comunicación más abierta.
- **Escucha activa y observación del lenguaje no verbal.** No basta con escuchar; es necesario hacerlo con atención, sin interrupciones y observando la comunicación no verbal. La postura, la mirada, el tono de voz, los silencios o la forma de responder pueden aportar información tan relevante como las palabras.
- **Validar sin juzgar.** Supone escuchar al adolescente con respeto, sin juzgarlo, y transmitirle que entendemos cómo se siente.
- **Cuidar la forma de comunicarse.** La forma en que se transmite la información es tan importante como su contenido. Conviene mantener el contacto visual, un tono calmado y respetuoso y evitar gestos o expresiones de sorpresa, desaprobación o incredulidad.
- **Utilizar un lenguaje claro, cercano y adaptado.** Debe emplearse un lenguaje sencillo, comprensible y ajustado al nivel de desarrollo del adolescente, evitando tecnicismos y procurando que la entrevista se perciba como una conversación clínica y no como un interrogatorio.

- Priorizar las preguntas abiertas y progresar de forma gradual. Las preguntas abiertas facilitan que el adolescente se exprese con mayor libertad. Es aconsejable comenzar por cuestiones más generales y avanzar progresivamente hacia temas más sensibles o complejos.
- Preguntar con intención clínica. Algunos problemas no se expresan de manera espontánea. Por ello, además de escuchar, es necesario preguntar de forma dirigida sobre aspectos relevantes, ya que, de lo contrario, el malestar puede permanecer oculto.
- Pedir permiso para abordar temas delicados. Antes de explorar cuestiones sensibles o realizar exploraciones íntimas, conviene pedir permiso. Esto refuerza el respeto a la intimidad y favorece la colaboración.
- Normalizar determinadas preguntas. Explicar que algunas preguntas se plantean habitualmente a todos los adolescentes reduce la incomodidad y evita que el adolescente interprete la pregunta como algo personal.
- Favorecer la autonomía y la participación. La entrevista debe fomentar la implicación activa del adolescente en las decisiones sobre su salud, promoviendo de forma progresiva su autonomía.
- Mantener un equilibrio entre cercanía y profesionalidad. El profesional debe mostrarse accesible y empático, pero sin perder su papel clínico. La cercanía no debe confundirse con exceso de familiaridad.
- Respetar la diversidad. Es imprescindible mantener una actitud inclusiva y respetuosa hacia la diversidad familiar, cultural, sexual y de género, evitando suposiciones y adaptando la comunicación a cada contexto.
- Proteger la intimidad durante toda la entrevista. La comunicación mejora cuando el adolescente percibe que su privacidad está siendo respetada.

CONCLUSIONES

- **El pediatra ocupa un lugar central en la detección precoz de los problemas de salud mental y de otras situaciones de riesgo durante la adolescencia. La entrevista clínica es su principal herramienta y debe ir más allá del síntoma físico, incorporando la exploración del contexto psicosocial, las emociones, las conductas y los factores de vulnerabilidad.**

- **Para que la entrevista sea realmente útil, el profesional debe generar un clima de confianza basado en la empatía, el respeto y la confidencialidad. Entrevistar a un adolescente no consiste solo en escuchar, sino también en saber preguntar de forma directa, natural y sin juicio. Muchos problemas no se expresan de manera espontánea y solo se hacen visibles cuando el pediatra los explora activamente.**

- **Escuchar, preguntar y detectar a tiempo forman parte esencial de la práctica pediátrica en la atención integral al adolescente.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Alderman EM, Breuner CC; Committee on Adolescence. Unique needs of the adolescent. Pediatrics. 2019;144(6):e20193150.

2. Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. Paediatr Child Health. 2003;8(9):554-6.

3 Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, Alderman EM; Committee on Adolescence; Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Confidentiality in the care of adolescents: technical report. Pediatrics. 2024;153(5):e2024066327.

4. Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, Alderman EM; Committee on Adolescence; Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Confidentiality in the care of adolescents: policy statement. Pediatrics. 2024;153(5):e2024066326. doi:10.1542/peds.2024-066326.

5. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. J Adolesc Health. 1991;12(7):539-44.

6. Klein DA, Goldenring JM, Adelman WP. HEEADSSS 3.0: the psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Contemp Pediatr. 2014;31(1):16-28.

7. Casas Rivero J, Iglesias Diz JL. La entrevista al adolescente. Adolescere. 2015;3(2):64-8.

8. Hardin HK, Bender AE, Hermann CP, Speck BJ. An integrative review of adolescent trust in the healthcare provider relationship. J Adv Nurs. 2021;77(4):1645-55.

9. Brault MA, Curry LA, Kershaw TS, Singh K, Vash-Margita A, Camenga DR. Supporting patient-centered communication on adolescent sexual and reproductive health: perspectives to build an appointment planning tool. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2021;34(5):725-31.

10. Boekeloo BO. Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond?: barriers to physician-adolescent discussion about sexuality. JAMA Pediatr. 2014;168(2):111-3.

11. Pfeffer B, Ellsworth TR, Gold MA. Interviewing adolescents about sexual matters. Pediatr Clin North Am. 2017;64(2):291-304.

Tabla 1. Recopilación de información e identificación de problemas y riesgos: entrevista “headss”.

Componente	Qué explora	Preguntas de ejemplo
H: Home	Contexto familiar y convivencia, con quién vive, calidad de las relaciones familiares, apoyo emocional, conflictos y percepción de seguridad en casa.	¿Con quién vives? ¿Cómo te llevas con tus hermanos/padres? Cuando tienes un problema, ¿hay alguien en casa con quien puedas hablar? ¿Te sientes seguro en tu casa?
E: Education / Employment	Situación escolar o laboral, rendimiento académico, adaptación al centro, relación con profesores y compañeros, absentismo, acoso escolar.	¿En qué curso estás y cómo te va? ¿Te gusta ir al instituto? ¿Tienes dificultades con alguna asignatura? ¿Cómo te llevas con tus compañeros y profesores?
A: Activities	Uso del tiempo libre, aficiones, práctica deportiva, participación en actividades extraescolares, relación con iguales y grado de integración social. También ayuda a identificar factores protectores y fuentes de satisfacción personal.	¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Haces deporte o alguna actividad extraescolar? ¿Sueles quedar con amigos? ¿Qué haces normalmente por las tardes? ¿Hay algo que disfrutes especialmente?
D: Drugs	Consumo ocasional o habitual de tabaco, alcohol, cannabis, vapeadores u otras sustancias, así como la exposición al consumo en el grupo de iguales y las conductas de riesgo relacionadas.	Muchos adolescentes prueban tabaco, alcohol o porros; ¿Alguna vez has probado alguna de estas sustancias? ¿Alguno de tus amigos consume? ¿Has usado vapeadores? ¿Con qué frecuencia bebes alcohol? ¿Alguna vez has ido en coche con alguien que había bebido o consumido drogas?
S: Sexuality	Relaciones afectivas, orientación sexual, identidad de género, actividad sexual, uso de métodos de protección y posible existencia de coerción, abuso o violencia en las relaciones.	¿Has tenido pareja? ¿Has tenido relaciones sexuales? ¿Utilizas algún método para protegerte? ¿Te has sentido presionado alguna vez a hacer algo que no querías? ¿Tienes dudas o preocupaciones sobre tu sexualidad o tu cuerpo?
S: Suicide / Depression	Estado emocional, incluyendo tristeza, irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés, desesperanza, autolesiones e ideación suicida.	¿Cómo te has sentido últimamente? ¿Hay días en los que te encuentras muy triste, irritable o sin ganas de nada? ¿Has perdido el interés por cosas que antes te gustaban? ¿Alguna vez has pensado que preferirías no estar aquí? ¿Has pensado en hacerte daño? ¿Te has lesionado alguna vez a propósito?
S: Safety	Seguridad física, emocional y social, incluyendo violencia, acoso, abuso, conductas de riesgo, seguridad vial y experiencias negativas en internet o redes sociales.	¿Te sientes seguro en casa, en el instituto y cuando sales? ¿Alguna vez te han acosado o amenazado? ¿Te has sentido alguna vez maltratado o controlado por alguien? ¿Usas casco o cinturón cuando corresponde? ¿Has tenido alguna experiencia desagradable en redes sociales? ¿Alguien te ha obligado alguna vez a hacer algo que no querías?

Tabla 2. Recopilación de información e identificación de problemas y riesgos: entrevista “factores”.

Componente	Qué explora	Preguntas de ejemplo
F: Familia	Estructura familiar, convivencia, clima en casa, comunicación, figuras de apoyo y percepción de seguridad en el hogar.	¿Con quién vives? ¿Cómo te llevas con las personas de casa? Cuando tienes un problema, ¿hay alguien en casa con quien puedas hablar? ¿Te sientes seguro en casa?
A: Amigos	Relación con el grupo de iguales, amistades significativas, grado de integración social, presión grupal y posibles situaciones de aislamiento o conflicto.	¿Tienes amigos cercanos? ¿Sueles quedar con ellos? ¿Te sientes a gusto con tu grupo? ¿Alguna vez te has sentido excluido o presionado por tus amigos?
C: Colegio	Situación escolar, rendimiento académico, asistencia, motivación, convivencia en el centro y posible presencia de acoso o dificultades de adaptación.	¿En qué curso estás y cómo te va? ¿Te gusta ir al instituto o al colegio? ¿Cómo te llevas con tus compañeros y profesores? ¿Has tenido problemas de rendimiento, absentismo o acoso?
T: Tóxicos	Consumo o experimentación con tabaco, alcohol, cannabis, vapeadores u otras sustancias, así como exposición al consumo en el entorno.	¿Has probado alguna vez tabaco, alcohol, porros o vapeadores? ¿Con qué frecuencia consumes? ¿Alguno de tus amigos consume? ¿Alguna vez has ido en coche con alguien que había bebido o consumido drogas?
O: Objetivos	Proyecto vital, intereses, expectativas, motivaciones y percepción de futuro. Ayuda a identificar metas personales y factores de protección.	¿Qué te gustaría hacer en el futuro? ¿Qué cosas son importantes para ti ahora mismo? ¿Tienes alguna meta o proyecto que te ilusione? ¿Cómo te imaginas dentro de unos años?
R: Riesgos	Conductas de riesgo no incluidas en otros apartados: peleas, fugas, conducción temeraria, prácticas peligrosas o exposición a violencia.	¿Has hecho alguna vez algo que pudiera ponerte en peligro? ¿Te has metido en peleas o situaciones violentas? ¿Asumes riesgos para impresionar a otros? ¿Te has sentido alguna vez en una situación peligrosa?
E: Estima	Autoestima, autoconcepto, imagen corporal y percepción que el adolescente tiene de sí mismo.	¿Cómo te definirías? ¿Qué es lo que más te gusta de ti? ¿Hay algo de ti que te haga sentir inseguro? ¿Te preocupa mucho tu aspecto físico o cómo te ven los demás?
S: Sexualidad	Relaciones afectivas, orientación sexual, identidad de género, actividad sexual, uso de protección y posibles experiencias de coerción o abuso.	¿Has tenido pareja? ¿Has tenido relaciones sexuales? ¿Utilizas algún método para protegerte? ¿Alguna vez te has sentido presionado para hacer algo que no querías?
S: Suicide / Depression	Estado emocional, incluyendo tristeza, irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés, desesperanza, autolesiones e ideación suicida.	¿Cómo te has sentido últimamente? ¿Hay días en los que te encuentras muy triste, irritable o sin ganas de nada? ¿Has perdido el interés por cosas que antes te gustaban? ¿Alguna vez has pensado que preferirías no estar aquí? ¿Has pensado en hacerte daño? ¿Te has lesionado alguna vez a propósito?
S: Safety	Seguridad física, emocional y social, incluyendo violencia, acoso, abuso, conductas de riesgo, seguridad vial y experiencias negativas en internet o redes sociales.	¿Te sientes seguro en casa, en el instituto y cuando sales? ¿Alguna vez te han acosado o amenazado? ¿Te has sentido alguna vez maltratado o controlado por alguien? ¿Usas casco o cinturón cuando corresponde? ¿Has tenido alguna experiencia desagradable en redes sociales? ¿Alguien te ha obligado alguna vez a hacer algo que no querías?

3. Desarrollo mental y emocional saludable en niños y adolescentes.

Dra. Itz Oiz Urriza
Pediatra. Centro de Salud V Centenario
(San Sebastián de los Reyes, Madrid).

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

Dra. Paula Armero
Pediatra de Atención Primaria.

PUNTOS CLAVE

- Adoptar un enfoque preventivo y promover la salud emocional individual, familiar y comunitaria en pediatría, es un imperativo ético.
- Para hacerlo, sanidad, educación y la propia comunidad, deben trabajar conjuntamente, fomentando relaciones seguras, estables y afectuosas que permitan a las personas desarrollar su potencial.
- Son necesarios estudios sobre la calidad de los servicios de salud mental para detectar mejoras e implementarlas.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la salud mental (SM) se asociaba con enfermedades, trastornos o problemas psicológicos. Ahora se considera que no es simplemente "la ausencia de enfermedad", sino la presencia de factores protectores que favorecen el bienestar integral del niño. Debe entenderse, por tanto, como un proceso continuo de desarrollo emocional, social y conductual que comienza en la concepción y continúa durante toda la vida[1]. El bienestar emocional no depende únicamente de factores biológicos, sino de las relaciones familiares, el entorno social, la escuela, la comunidad y las experiencias vividas por los niños y adolescentes. (Capítulo 4) (Capítulo 6) (Capítulo 7) (Capítulo 8)
De esta forma, el objetivo principal de la pediatría moderna debe incluir la promoción del desarrollo emocional saludable y la prevención temprana de problemas psicológicos[2].

CONCEPTO DE DESARROLLO MENTAL Y EMOCIONAL SALUDABLE

Es la capacidad progresiva del niño y adolescente para adquirir habilidades emocionales, sociales y conductuales que permitan adaptarse adecuadamente al entorno, construir relaciones positivas y enfrentar situaciones de estrés o dificultad[2]. Incluye múltiples dimensiones: regulación emocional, desarrollo de la autoestima, capacidad para resolver problemas y habilidades sociales (con capacidad para establecer relaciones sanas). Además, fomenta la empatía, resiliencia y autonomía progresiva. Cada etapa del crecimiento presenta desafíos específicos. Durante la infancia temprana predominan la seguridad emocional y el apego. (Capítulo 5) (Capítulo 7) En la etapa escolar adquieren relevancia las relaciones sociales y el rendimiento académico. En la adolescencia cobran importancia la identidad personal, la independencia y la regulación emocional[1].

IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SEGURAS Y ESTABLES

Uno de los pilares fundamentales de la SM es el concepto de "salud relacional". Las relaciones seguras, estables y afectuosas entre los niños y sus cuidadores constituyen el principal factor protector frente a problemas emocionales futuros[2]. (Capítulo 5) Cuando un niño crece en un entorno donde recibe afecto, apoyo, límites y estabilidad emocional, desarrolla una mayor capacidad para: regular sus emociones, confiar en otras personas, resolver conflictos, desarrollar empatía y adaptarse a situaciones difíciles. Por el contrario, las experiencias adversas durante la infancia (como violencia, negligencia, pobreza extrema, discriminación o inestabilidad familiar) pueden afectar negativamente el desarrollo cerebral y emocional[3]. (Capítulo 6) (Capítulo 7)
Aun así, en contextos difíciles, la presencia de al menos una relación afectiva segura puede reducir considerablemente el impacto negativo. Esta idea se relaciona con el concepto de resiliencia, entendido como la capacidad para superar situaciones adversas mediante el apoyo emocional y social[2].

ENFOQUE PREVENTIVO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Deberíamos adoptar un enfoque preventivo y de promoción de la salud emocional[2]. Dentro de este modelo, los pediatras desempeñamos un papel fundamental por el contacto frecuente con las familias desde el nacimiento. Esto permite: detectar signos tempranos de dificultades emocionales, orientar a los padres, promover hábitos saludables, favorecer vínculos familiares positivos (Capítulo 8), así como reducir el estigma asociado a la salud mental.

Las intervenciones tempranas son mucho más eficaces que el tratamiento tardío de trastornos ya establecidos. El modelo de "fábrica de arreglos" produce un sufrimiento evitable que es maleficente éticamente. (Capítulo 8)
Por ello, se recomienda integrar evaluaciones emocionales y conductuales en las consultas pediátricas y de enfermería en las revisiones del niño sano[2] (ver en recursos PNS Cataluña).

En la crianza se deben enseñar habilidades emocionales desde edades tempranas, tales como: reconocimiento de emociones, comunicación asertiva, manejo del estrés (Capítulo 19), autorregulación y resolución de conflictos. Estas capacidades fortalecen la adaptación social y académica de los niños y disminuyen el riesgo de ansiedad, depresión y conductas problemáticas en el futuro[1,4].

Las emociones son mecanismos biológicos innatos que ayudan a la supervivencia y orientan la conducta humana. Activan respuestas automáticas que se producen fisiológicamente en el cuerpo, ante estímulos de peligro, placer o necesidad. Aprender a reconocer y regular las emociones es tan importante como adquirir conocimientos académicos. Una buena gestión emocional mejora la capacidad de adaptación, la empatía y las relaciones sociales. La capacidad de identificar, comprender y regular emociones propias y ajenas ayuda a reducir la ansiedad, el estrés, la violencia y los comportamientos de riesgo. A su vez, favorece la resiliencia, la autoestima y el bienestar emocional. Las emociones "negativas" pueden debilitar el sistema inmunitario e inducir enfermedades psicosomáticas. La educación emocional debe comenzar desde el embarazo debido a la influencia del entorno en el desarrollo infantil. La familia y la escuela son los principales espacios donde enseñar habilidades emocionales mediante el ejemplo, la escucha, la empatía y la comunicación afectiva[4].

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

El desarrollo emocional está profundamente influenciado por las condiciones de vida del niño y su familia[3] .
(Capítulo 4) (Capítulo 5) (Capítulo 6),(Capítulo 7) (Capítulo 8)
Entre los principales factores de riesgo mencionados se encuentran: pobreza, violencia doméstica, inseguridad alimentaria, racismo, discriminación o exclusión social. Por estas razones, el abordaje de la salud mental debe incluir no solo intervenciones clínicas, sino también políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de los niños y sus familias[2,3]. Las desigualdades sociales empeoran el bienestar emocional infantil, pero también la alta exigencia y la presión por alcanzar estándares de rendimiento académico y/o social. (Capítulo 4)

EL PAPEL DE LA FAMILIA, LA ESCUELA Y LA COMUNIDAD.

La salud mental infantil es una responsabilidad compartida entre familias, escuelas, profesionales sanitarios y comunidades. Ningún sistema aislado puede garantizar por sí solo un desarrollo emocional saludable[3].

La comunidad

La comunidad (entendida como el barrio, red vecinal, grupos religiosos, culturales o de intereses compartido), puede constituir un potente factor protector. Ofrece pertenencia, apoyo emocional y modelos de convivencia saludable, mediante programas de apoyo familiar, actividades recreativas, acceso a servicios de salud mental y espacios seguros para el desarrollo infantil[3]. Su intervención hecha de forma multidisciplinar, sitúa en el centro a las personas atendidas (y su contexto), así como el valor de mantener espacios de relación y coordinación con el propio servicio, la institución y otros recursos[5]. La interacción con adultos distintos de los progenitores puede favorecer el desarrollo de habilidades sociales, el sentimiento de seguridad y la construcción de la identidad, disminuyendo el aislamiento social.

La escuela

Los centros educativos no solo deben enfocarse en el rendimiento académico, sino también en el aprendizaje socioemocional[3]. Esto es así porque nuestros menores pasan mucho tiempo en ellos. Por ello, junto a la familia son fundamentales como promotores de salud. Una Escuela Promotora de Salud es aquella que fortalece constantemente la capacidad para vivir, aprender y trabajar. Para que la promoción del bienestar emocional sea adecuada, el sistema educativo y sanitario deben desarrollar planes conjuntos y cohesionados y las escuelas deben proporcionar un apego “seguro”[6,7]. (ver en recursos Escuelas promotoras de salud).
(Capítulo 7)

La familia nuclear y extensa

La familia constituye el entorno más importante durante la infancia. Se deben mantener rutinas estables, fomentar la comunicación no violenta, escuchar activamente a los hijos, establecer límites claros y reforzar positivamente las conductas adecuadas. Para ello se necesita tiempo de calidad para el juego y la convivencia. (Capítulo 8)

El juego es considerado una herramienta esencial para el desarrollo emocional, ya que permite al niño expresar sentimientos, aprender normas sociales y fortalecer vínculos afectivos[1]. La familia extensa (abuelos, tíos y otros cuidadores cercanos) desempeña un papel esencial cuando los progenitores no pueden estar presentes como red de sostén afectivo y regulador del estrés familiar. Aportan continuidad intergeneracional, transmisión de valores y disponibilidad emocional adicional.

CAMBIO DE PARADIGMA EN LA PEDIATRÍA

Debemos implementar una visión integral donde la salud física y mental son inseparables[2]. Esto implica considerar la salud emocional como parte rutinaria de la atención pediátrica, trabajar desde la prevención, fortalecer factores protectores y reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales. Para ello hay que incluir a las familias (y a los menores siempre que se pueda) como participantes activos. Este enfoque basado en fortalezas propone centrarse no solo en los problemas, sino también en las capacidades y recursos del niño y su familia. Favorece una relación más positiva entre profesionales sanitarios y pacientes[2]. Promover el desarrollo mental saludable desde la infancia tiene efectos positivos a largo plazo sobre la salud, la educación, las relaciones sociales y la calidad de vida[3].

HERRAMIENTAS DE EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

La OMS ha presentado una herramienta de Auditoría para evaluar las competencias de programas en SM[8]. Ofrece un marco completo y práctico para fortalecer la calidad de los servicios de salud mental infantil y juvenil. Promueve una cultura de aprendizaje continuo, participación de usuarios y mejora sostenida de la atención, con el objetivo de garantizar servicios más eficaces, humanos y accesibles para niños y adolescentes. Su principal objetivo es evaluar de manera sistemática la calidad de la atención que ofrecen. Permite detectar áreas de mejora e implementar estrategias eficaces que garanticen una atención segura, equitativa y centrada en las necesidades de niños, adolescentes y jóvenes. A su vez evidencia si la atención prestada cumple criterios de seguridad, eficacia, rapidez, equidad y está orientada al usuario. También promueve la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora constante de los servicios de salud mental.

CONCLUSIONES

- **La salud emocional pasa a entenderse como algo clave en el desarrollo. Es un proceso continuo, influido por las relaciones, el entorno y las experiencias vitales.**
- **Las relaciones familiares y escolares seguras y afectuosas son fundamentales para el bienestar psicológico.**
- **Hay que adoptar estrategias preventivas, fortalecer factores protectores y reducir desigualdades sociales que afectan negativamente a niños y adolescentes.**
- **La pediatría debe integrar la salud mental en la atención cotidiana, promoviendo su desarrollo saludable.**

RECURSOS

- Resumen protocolo de PNS en Cataluña: un enfoque integral para la salud infantil. https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/observatorio-faros/noticias/nuevo-protocolo-pediatria-catalunya-enfoque-integral
- Recurso “Be Henka” para la educación en salud emocional: https://www.behenka.org/es
- Escuelas promotoras de salud. Ministerio de Educación en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/escuelasPromotorasdeSalud/home.htm
- La Web Recurra GINSO con “una mente sana empieza en la infancia” tiene varios webinars útiles para padres y profesionales. En: https://www unamentesanaempiezaenlainfancia.es/

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger-Jenkins E, Poon JK, Davis KH, et al; American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Framework for Approaching Healthy Mental and Emotional Development in Pediatrics: Clinical Report. Pediatrics. 2026;157(5):e2026076620

2. American Academy of Pediatrics. Healthy Mental & Emotional Development: 4 Key Building Blocks [Internet]. HealthyChildren.org; 27 abr 2026 [citado 25 mayo 2026]. https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/emotional-wellness/Building-Resilience/Pages/healthy-mental-and-emotional-development-in-children-key-building-blocks.aspx

3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth. Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda. Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Sep 11. PMID: 31869055.

4. Bisquerra, Rafael (Coord.); Punset, Eduard; Mora, Francisco; García Navarro, Esther; López-Cassà, Èlia; Pérez-González, Juan Carlos; Lantieri, Linda; Manbiar; Madhavi; Aguilera, Pilar; Segovia, Nieves; Planells, Octavi. (2012). ¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y adolescencia. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.

5. Martínez Plaza, E., Camps Rovira, G., Rodríguez-Rodríguez, J. y Serna González, L. (2026). La organización del Trabajo Social sanitario y su contribución al desarrollo del modelo de salud mental de Girona, Itinerarios de Trabajo Social, 6,7-15.

6. Ana Berástegui, Carlos Pitillas, Amaia Halty. Aprender seguros: Principios y estrategias para construir escuelas que cuidan. 2021. Ed Narcea.

7. Como mejorar la salud mental de los niños y adolescentes a través de intervenciones en el sistema educativo. Álvaro Rodríguez-Torres et al. Anales de la RADM 2025. Pag 233-230

8. Clinical audit tool to strengthen quality of child and youth mental health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

4. La “circunstancia” en los problemas de salud mental.

Dra. Itz Oiz Urriza
Pediatra. Centro de Salud V Centenario
(San Sebastián de los Reyes, Madrid).

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- La sociedad actual (la modernidad líquida y la cultura de la perfección y el rendimiento) genera cansancio, aislamiento, auto explotación y desconexión de las necesidades humanas básicas.
- El malestar emocional tiene que ver en gran parte, con factores sociales y culturales. No es exclusivamente responsabilidad individual.
- Reflexionar sobre los valores sociales y morales que favorecen el crecimiento personal y colectivo es clave para fomentar la salud (física y mental), más allá de la medicalización.

INTRODUCCIÓN

Hablamos de “problemas en salud mental” (SM) como si solo concerniera a quienes han traspasado un umbral clínico. Sin embargo, vivimos próximos a ese límite. El estrés, el aislamiento social, la pobreza, el cambio climático, la incertidumbre y/o la exigencia desmesurada, pueden impactar nuestra capacidad de alostásis y por tanto nuestro bienestar. Los problemas de SM empiezan en la infancia y tienen que ver mucho con el contexto.

Por ello, es importante crear las condiciones adecuadas para crecer bien y prevenirlos.

Hay que diferenciar los problemas de la vida y las crisis vitales, de los trastornos mentales. Si los primeros podrían ser “contenidos” en nuestra consulta pediátrica, los trastornos mentales deben ser derivados a consultas especializadas. Pero estas diferencias no están claras ni en la literatura, ni en la consulta.

DATOS DE MALESTAR Y PATOLOGÍA MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La salud mental de la infancia y adolescencia se ha convertido en una prioridad de salud pública. Diversos informes nacionales plasman un incremento sostenido de casos, con afectación a nivel individual, familiar y social. Aproximadamente el 40 % de los adolescentes refiere haber sufrido un “problema de salud mental” en el último año[1]. El impacto económico de esta crisis es sustancial. En Europa la OCDE estima que supera el 4% del PIB. Según la carga de enfermedad medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALY) la SM, alcanza un 20% de la carga total en el grupo de 5-24 años.

Los trastornos internalizantes (ansiedad y depresión) son los más frecuentes. El VII Informe del Proyecto EMOChild señala que hasta el 15 % de los menores presentan niveles clínicamente relevantes de ansiedad, mientras que alrededor del 5 % muestra sintomatología depresiva con repercusión en el funcionamiento académico, social y/o familiar[2]. Cerca de la mitad de los encuestados refieren pensamientos o comportamientos autolesivos[3] . (Capítulo 18)
Hasta un 10 % de los adolescentes refieren ideación suicida y aproximadamente un 5 % reconoce haberlo considerado seriamente. El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte entre los 12 y 29 años. (Capítulo 18)

Aunque podemos estar confundiendo “problemas de la vida” con diagnósticos clínicos definidos, se sabe que el malestar psicológico no acompañado y mantenido, afecta de manera significativa el desarrollo emocional, social y cognitivo de las personas. Esto es aún más evidente en “cerebros en desarrollo”. Todo ello plantea muchos interrogantes. ¿Qué datos estamos manejando? Los pediatras de Atención Primaria (AP) ¿estamos formados para detectar, prevenir y tratar estos malestares? ¿Existe una codificación adecuada? ¿Es correcto “etiquetar” a niños? Si lo hacemos, ¿con qué criterios? ¿Tenemos en cuenta la etiología (qué es lo que está causando ese síntoma)? [4]. Si los datos son tan “alarmantes” ¿hacemos prevención o seguimos en modo “fábrica de arreglos”? ¿Atendemos de forma aislada en nuestras consultas o es necesaria una coordinación eficaz entre estamentos implicados? Contestar esto no se puede hacer exclusivamente desde el ámbito sanitario puesto que lo trasciende. Requiere un abordaje político.

La teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner explica el desarrollo humano a través de sistemas ambientales interconectados. Microsistema (entorno inmediato como familia, amigos escuela), mesosistema (interconexión entre microsistemas) y macrosistema (valores culturales, leyes y costumbres sociales).

A nivel “macro” la pobreza, la inseguridad alimentaria, el racismo, el ruido urbano y la contaminación con “déficit de espacios verdes y azules” se asocian a problemas de salud bien demostrados. Se calcula que en 2050 el 70% de los niños crecerá en ciudades cuyo diseño actual es hostil para el neurodesarrollo.

A nivel “meso” la soledad no deseada (Capítulo 14), el acoso escolar (Capítulo 11), y el aumento significativo de relaciones digitales (Capítulo 12) actúan como elementos de vulnerabilidad.

A nivel “micro” los eventos adversos en la infancia, se han asociado, entre otros, con problemas mentales. (Capítulo 6) (Capítulo 7)

Los niños necesitan amor, seguridad y límites. Los adultos que les atienden tienen que tener las capacidades y el tiempo para procurárselo. Pero no siempre es fácil. Se comentarán algunos aspectos sociales, psicológicos y morales que pueden estar influyendo negativamente en la salud.

Nota: Consideramos que la salud física y mental no están separadas y se influencian mutuamente.

ANALISIS SOCIAL Y MORAL DEL SUFRIMIENTO

Los humanos en condiciones adecuadas tendemos a la alostásis; es decir, a adaptarnos de forma “sana” a las constantes variaciones y transformaciones de la vida[5]. Pero esta capacidad puede verse sobrepasada.

MODERNIDAD LÍQUIDA

Para Zygmunt Bauman, el problema de insatisfacción y malestar se debe a lo que llama “modernidad líquida”. Las antiguas referencias de identidad “sólidas” (familia, comunidad, religión) se han disuelto[6]. Esto deja un mundo de incertidumbre y fluidez, sin base “firme” para crecer ni reflexionar.

SOCIEDADES INJUSTAS E INDIVIDUALISTAS

Para D. Berwick[7] hay una crisis social y de valores intrínsecos (solidaridad, justicia, compromiso, etc.) que dificulta el desarrollo moral de los sujetos, creando sociedades individualistas e injustas. Lo que impera son valores "extrínsecos" (fama, dinero y poder) marcados por una felicidad "individual" que no tiene en cuenta a otros (ni al resto del planeta). Los jóvenes se encuentran ante la paradoja de "estar mejor, pero sentirse peor". Tienen cubiertas sus necesidades materiales básicas, pero se sienten solos sin una red de valores compartidos que procuren sostén emocional.

LA INTERDEPENDENCIA

El individualismo extremo nos hace creer que somos seres independientes del resto del planeta. Es un error, porque somos seres interconectados. No existiríamos sin una correcta relación con lo que nos rodea (oxígeno de los árboles, tierra para cultivar y sostenernos, plantas, animales etc.). Saber esto, implica comprender lo que Thich Nhat Hanh llama el "inter-ser". Nos "construimos" como personas en interacción con otros y con el entorno. Todo lo que hacemos (y lo que dejamos de hacer) tiene repercusiones en nosotros y en lo que nos rodea. Esto conlleva una responsabilidad moral, que afecta a la salud.

LA SOCIEDAD DE LA PERFECCIÓN Y DEL RENDIMIENTO

Byung-Chul Han reflexiona sobre la sociedad de la "perfección y del rendimiento"[8]. La dictadura de la productividad constante, convierte al individuo en un sujeto de auto explotación que compite contra sí mismo y contra los demás. Valemos, según produzcamos y esto se asocia al "éxito". Se asume de tal manera el "hacer", que "no hacer" es imposible, por la ansiedad y culpa que produce. Construimos un "crítico interior" que nos exige optimización continua, nos lleva a la comparación con otros, empuja al sobreesfuerzo y convierte el error en fracaso. La "hiperactividad" constante, puede llevar al aislamiento, al cansancio existencial y al desgaste emocional ("burnout"). Se sabe que la auto exigencia desproporcionada no mejora el rendimiento, sino que lo deteriora y dificulta una relación compasiva con uno mismo y con los demás. (Capítulo 19)

CUANDO LO "NORMAL" ES TÓXICO

Gabor Maté define nuestra sociedad como "tóxica"[5]. Considera que favorece la enfermedad física y mental, priorizando la productividad y la competitividad sobre el bienestar. Argumenta que el estrés mantenido, el aislamiento, la desigualdad y la desconexión emocional (considerados "normales"), son traumas subyacentes que provocan adicciones y enfermedad crónica. La solución radica en reconocer que estamos reaccionando (física y mentalmente) a un entorno insano. La cura vendría a través de la introspección, la compasión hacia uno mismo y los demás y la reconexión mente-cuerpo.

ASPECTOS FILOSÓFICOS EN RELACIÓN AL SUFRIMIENTO

Ante el cambio constante que supone la vida, los humanos tendemos a presentar dos actitudes: aferrarnos a lo que nos gusta, y rechazar lo que nos disgusta. En esto radica la raíz del sufrimiento según la filosofía budista. Ambas opciones son intentos de controlar la realidad. Tendemos a otorgarnos mucha más capacidad de control sobre las circunstancias de la que realmente tenemos. En psicología esto se denomina "duelo de omnipotencia". En esta "lucha" para conseguir lo que deseamos, podemos acabar sufriendo (y enfermando), si no somos conscientes. Por tanto, se necesitan ciertas virtudes, capacidad de introspección, evaluación de expectativas y mindfulness para poder reflexionar con sabiduría. (Capítulo 19) Asumir la impermanencia de la existencia y nuestra falta de control ante ella, favorece una relación más armónica con la realidad. Diferenciar entre la aceptación y resignación, ante lo que no podemos cambiar, es importante. La aceptación es un proceso activo y consciente que permite asumir lo que está ocurriendo. Aceptar empodera, enfocándose en lo controlable. Por el contrario, la resignación (y la queja), son posturas pasivas y dolorosas que paralizan, generando frustración e indefensión aprendida.

La psicología positiva destaca dos enfoques tomados de la filosofía griega. La hedonista, que busca el bienestar a través de experiencias que maximizan el placer y minimizan displacer[9,10]. Este bienestar es pasajero y depende de las circunstancias externas. La perspectiva eudaimónica (plenitud), tiende al desarrollo del potencial humano a través de una vida virtuosa, en conexión con el entorno (y con los demás), junto a la capacidad de introspección. Facilita una autorrealización estable, que depende de uno mismo (locus interno de control) y no tanto de las circunstancias.

ATERRIZANDO EN LA CONSULTA

ESCUELA E INSTITUTO (IES)

El colegio o el instituto son, junto a la familia y las amistades, entornos fundamentales para el desarrollo humano. Su ausencia protectora tras el confinamiento por el SARS COV-2 es de todos conocido. Sin embargo, puede ser un lugar de sufrimiento. (Capítulo 11)
La presión actual hacia el rendimiento académico se está demostrando maleficente como demuestran Guo X&cols, dado que se asocia con depresión y autolesiones[11].

Un programa piloto desarrollado en la Comunidad Autónoma de Madrid para atender problemas de malestar y SM en los colegios e IES, está demostrando su utilidad resolviendo más de la mitad de los casos evaluados en el entorno escolar y reduciendo la victimización por acoso. Sus objetivos además de atender "in situ" a los alumnos, son asesorar a los docentes y desarrollar actividades de promoción de la SM con alumnos, profesores y familias (ver apartado de recursos: C. Arango).

LA FAMILIA: AMORES DIFÍCILES. LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES

La familia es el micro-entorno de referencia primordial y el amortiguador principal de los estresores externos. Sin embargo, los modelos familiares actuales están bajo una presión sin precedentes debido a la falta de conciliación laboral, las separaciones conflictivas (Capítulo 10) y el aumento de precariedad económica y laboral.

Según Hugo Bleichmar, a través de la relación del bebé con su cuidador principal se van inscribiendo (o no) "módulos psíquicos" que conformarán nuestra forma de ser y estar en el mundo. El tipo de vínculo que los padres o cuidadores desarrollan con los niños es clave[12]. (Capítulo 5)
Tener vínculos seguros, capacita para "surfear" la adversidad y las crisis vitales.

La salud mental de los cuidadores es un predictor crítico del bienestar infantil. Aproximadamente un tercio de los niños en consultas pediátricas tienen al menos un progenitor con un diagnóstico psiquiátrico. La ansiedad y la depresión materna correlacionan fuertemente con problemas emocionales en los hijos. El "estilo emocional negativo" de los padres —caracterizado por la irritabilidad, el rechazo o la hostilidad— predice no solo malestar emocional, sino también un peor rendimiento académico. (Capítulo 8) (Capítulo 20).

Para muchos progenitores, cómo son y se comportan sus hijos, refleja cómo son ellos como adultos y como padres. Los niños funcionan entonces como un medio para que los padres proyecten socialmente su éxito (o fracaso)[4]. Cuando la idea del niño ideal frente al real, no es la deseada, se puede colocar en los hijos una presión que no les compete. Alex Howard explica cómo se desarrollan en la infancia "patrones de supervivencia" (defensas) ante el trauma vincular en respuesta a lo que los padres esperan. Estas "defensas" que se construyen en etapas precoces de la vida y que ayudan a sobrevivir, pueden convertirse más adelante en una prisión[13].

Howard señala cinco personalidades proclives al sufrimiento mental que se desarrollan ante la incapacidad de los padres para “sincronizarse” con las necesidades de su hijo. El triunfador (vincula su seguridad al éxito), el cuidador (ignora sus necesidades para cuidar a los demás, buscando seguridad y aceptación), el ansioso (intenta predecir el peligro para sentirse a salvo, pero vive en alerta y miedo), el perfeccionista (cree que solo es digno de amor si no comete errores) y el controlador (intenta dominar su entorno y ansiedades para no mostrar su vulnerabilidad).

REDES SOCIALES

La cultura de la digitalización y la tiranía de la satisfacción inmediata apoyan la búsqueda de aprobación externa (locus externo de control), sobre todo en redes sociales (RRSS)[5,6]. (Capítulo 12) A nivel individual, favorece una identidad “fluida” y moldeable según las demandas exigidas por el entorno. Esto se asocia a una sensación de “vacío existencial”, que puede conducir al consumo de sustancias, entre otros, autolesiones (Capítulo 18) o adicción digital[14]. (Capítulo 12)
A nivel grupal, las relaciones virtuales evitan la “fricción” necesaria para cultivar vínculos reales. El resultado es lo que Bauman llama “comunidades de guardarropa”: individuos que comparten un interés superficial, pero que quedan “aislados” ante la vida, con mayor malestar psíquico-emocional[5,6].

Como se ve, los problemas de salud no deben entenderse solo desde la biología individual. Para poder entender lo que ocurre, hay que incluir el contexto social, emocional y cultural (biografía). Mucho más en la infancia, donde atender las “circunstancias” es donde hay que poner el foco. Sin embargo, el modelo médico actual reduce los problemas de salud a lo orgánico, limitando comprender la raíz de muchas enfermedades y malestares. El modelo bio-psico-social de Engel debería estar incluido en la aproximación clínica de cualquier profesional. No hacerlo, impedirá la prevención (y la adecuada atención) de tantos malestares en la infancia. No es una elección: es un imperativo ético.

CONCLUSIONES

- **Hay un aumento contrastado de malestar emocional en niños y adolescentes, así como de patología psiquiátrica. Ansiedad, depresión, ideación suicida y conductas auto lesivas, son las más frecuentes.**
- **El malestar emocional no es solo individual, sino que tiene raíces sociales y culturales y se inicia en la infancia.**
- **La predominancia del hedonismo frente a la eudaimonía, dificulta la capacidad de alostásis.**
- **Es necesario un cambio hacia modelos más integrales y preventivos, ampliando la visión estrictamente biológica del malestar.**

AGRADECIMIENTOS

A Christie Zamora Niño, R4 de Pediatría HULP, a Azucena Diez, por su doble lectura.
A Carlos Lahoz por sus sugerencias

RECURSOS

• JL Marín: https://www.youtube.com/watch?v=Z28tVp35JDo (La psicoterapia no se basa en una técnica específica para “curar”, sino en la relación que se construye entre terapeuta y paciente. Es ese vínculo el que permite elaborar y trabajar aspectos que no pudieron desarrollarse adecuadamente en la relación con los padres o cuidadores. En este proceso, los pediatras, al conocer a las familias y la trayectoria del niño, podemos desempeñar un papel clave al ayudar a abordar áreas vulnerables, siempre que previamente hayamos reflexionado y trabajado esos aspectos en nosotros mismos).

• Recetar naturaleza: Ortega García JA. Alianza Global para Renaturalizar la Salud de Infancia y Adolescencia. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023la. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 275-279.

• Celso Arango y escuela: Rodríguez-Torres A, Martín O, Ruiz-Zuluaga C, Mayoral M, Díaz-Caneja CM, Serrano I, Ulloa Á, Vidal J, Arango C. Cómo mejorar la salud mental de los niños y adolescentes a través de intervenciones en el sistema educativo. An RANM. 2025;142(03): 233-238.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Observatorio de la Infancia y Adolescencia. Salud mental, cosa de niños, niñas y adolescentes. Madrid; 2023. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.juventudeinfancia.gob.es
2. Proyecto EMOChild. Informe VII. Salud emocional en la infancia y la adolescencia en España. Madrid; 2025. Disponible en: https://observainfancia.es/wp-content/uploads/2025/12/AF_Informe7-2025.pdf
3. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in adolescents. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014;7(3):137–145.
4. Bonet de Luna C, Marín J. Patología, normalidad o “niños a la carta”; reflexionando en Paidopsiquiatría. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2011;XIII(50):321-331. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638731012
5. Maté G, Maté D. The myth of normal: trauma, illness, and healing in a toxic culture. New York: Avery; 2022.
6. Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2004.
7. Berwick DM. The Moral Determinants of Health. JAMA. 2020 Jul 21;324(3):225-226.
8 Han B-C. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder Editorial; 2012.
9. VanderWeele TJ, McNeely E, Koh HK. Reimagining Health-Flourishing. JAMA. 2019 May 7;321(17):1667-1668.
10. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2014;83(1):10-28. doi: 10.1159/000353263. Epub 2013 Nov 19. PMID: 24281296; PMCID: PMC4241300.
11. Guo X, Mueller MAE, Armitage JM, Bonell C, Ford TJ, John A, Lewis G, Murphy S, Ploubidis G, Rice F, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent depressive symptoms and self-harm: a longitudinal, prospective study in England. Lancet Child Adolesc Health. 2026 Apr;10(4):265-272.
12. Bleichmar, E. (2015). Enfoque Modular Transformacional. Ciencias Psicológicas 9(2): 197 – 201.
13. Howard A. 5 Personality Patterns Developed From Trauma [Internet]. YouTube: Dr Alex Howard; 2023 [citado 1 mar 2026]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=5PersonalityPatterns
14. Burgis L. ¡Lo quiero!: El poder mimético en la vida cotidiana. Barcelona: Empresa Activa; 2022

5. Teoría del vínculo y su relación con la salud mental infanto-juvenil: implicaciones para pediatría.

Dra. Amaia Halty
Doctora en Psicología. Instituto Universitario de la Familia, Universidad Pontificia Comillas. Consultora del Grupo de SM Infanto-Juvenil AEP.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- El vínculo temprano constituye un organizador central del desarrollo emocional y neurobiológico del niño, influyendo en la regulación del estrés y en la configuración de la salud mental.
- La conducta infantil adquiere mayor sentido cuando se analiza en el contexto de la relación con los cuidadores, donde se configuran patrones de interacción y modelos operativos internos.
- El pediatra, a través de la observación de la interacción en consulta, puede desempeñar un papel clave en la detección precoz de dificultades vinculares y en la promoción de relaciones más seguras.

INTRODUCCIÓN

En la práctica pediátrica, es frecuente atender a niños que presentan dificultades conductuales, emocionales o de regulación. Tradicionalmente, estas manifestaciones se han entendido como características del niño. Sin embargo, una parte importante de estos problemas no puede explicarse únicamente desde el individuo, sino desde el contexto relacional en el que se desarrolla.

La teoría del vínculo (o apego), desarrollada por John Bowlby[1,2] proporciona un marco fundamental para comprender cómo las primeras relaciones con los cuidadores organizan el desarrollo emocional, cognitivo y social. Este enfoque permite al pediatra ampliar su mirada: no solo preguntarse qué le ocurre al niño, sino qué está ocurriendo en la relación en la que ese niño se está desarrollando.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una comprensión clara y clínicamente útil de la teoría del vínculo, su relación con la salud mental infanto-juvenil y sus implicaciones prácticas en la consulta pediátrica.

EL VÍNCULO COMO ORGANIZADOR DEL DESARROLLO Y SU CONSTRUCCIÓN EN LA VIDA COTIDIANA

Desde el inicio de la vida, el desarrollo del niño no puede entenderse como un proceso individual aislado, sino como un proceso que ocurre en el interior de una relación. La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby, plantea que los seres humanos nacen con un sistema biológico orientado a la supervivencia que les impulsa a buscar proximidad con figuras de cuidado cuando experimentan malestar, amenaza o incertidumbre. Este sistema de apego no actúa de forma independiente, sino en estrecha relación con otro sistema igualmente fundamental: el sistema de exploración, que empuja al niño a interactuar con el entorno, aprender y desarrollar sus capacidades[1].

Ambos sistemas se organizan en torno a la figura del cuidador, que desempeña dos funciones esenciales. Por un lado, actúa como refugio seguro (safe haven), proporcionando protección, consuelo y regulación cuando el niño se siente desbordado. Por otro, funciona como base segura (secure base) desde la que el niño puede explorar el entorno con confianza[2]. Estas dos funciones no son independientes, sino complementarias: la posibilidad de explorar depende de la experiencia previa de haber sido contenido y regulado. Así, por ejemplo, un niño pequeño puede alejarse para manipular un objeto nuevo o acercarse a otros niños en el parque, pero vuelve a la mirada o a la proximidad del adulto cuando necesita confirmar que sigue disponible. Del mismo modo, tras una caída o una experiencia de frustración, buscará consuelo antes de retomar la exploración.

En paralelo, el adulto activa su sistema de cuidados, que le permite atender a las necesidades del niño, interpretar sus señales y responder a ellas[3]. El desarrollo temprano se organiza a partir de la interacción continua entre estos sistemas (apego, exploración y cuidados) en secuencias repetidas de interacción cotidiana[4]. El niño experimenta una necesidad (que puede ser de regulación: miedo, cansancio, dolor) o de exploración (curiosidad, interés, iniciativa) y la expresa mediante señales: el llanto, la inquietud, la mirada, el gesto de señalar o el intento de manipular objetos.

Estas secuencias, que se repiten de forma constante en la vida diaria, van configurando patrones relacionales relativamente estables. A partir de ellas, el niño construye los llamados modelos operativos internos: representaciones implícitas sobre cómo son las relaciones, qué puede esperar de los otros y qué valor tiene él mismo en ese contexto[5]. Estos modelos influyen en la forma en que el niño percibe, interpreta y responde a la experiencia interpersonal. De manera paralela, los cuidadores también actúan desde sus propios modelos internos, que organizan la forma en que perciben al niño y dan sentido a su conducta. Un mismo comportamiento (por ejemplo, que el niño se aleje para explorar sin mirar atrás o que insista en ser ayudado ante una tarea que podría intentar solo) puede ser interpretado de formas diferentes, dando lugar a respuestas distintas que influirán en cómo el niño organiza su experiencia.

En este punto adquiere especial relevancia la sensibilidad parental, entendida como la capacidad del cuidador para detectar las señales del niño, interpretarlas adecuadamente y responder de forma contingente[6]. Esta sensibilidad no implica una respuesta perfecta, sino suficientemente ajustada, y se expresa a través de la sintonía emocional, la contingencia y la capacidad de reparar desajustes. Gran parte de estos procesos ocurre en intercambios breves y, en muchas ocasiones, no verbales, que constituyen los llamados micro sucesos de la interacción[7] y que, de forma acumulativa, organizan el desarrollo emocional del niño.

Además de la conducta observable, es fundamental considerar el nivel representacional.

Los cuidadores no solo responden a lo que el niño hace, sino a lo que creen que le ocurre. Esta capacidad de entender la conducta en términos de estados mentales (emociones, intenciones, necesidades) se ha denominado función reflexiva[8] y constituye un elemento clave para el ajuste en la relación. Cuando esta capacidad está disponible, el adulto puede modular su respuesta de forma más flexible, facilitando tanto la regulación como la exploración del niño.

A medida que el desarrollo avanza, estas experiencias repetidas permiten al niño ir incorporando progresivamente formas más autónomas de regulación y de exploración. Sin embargo, este proceso no es automático ni depende únicamente de la maduración, sino de la calidad de las experiencias relacionales en las que el niño ha participado[4].

CÓMO SE ORGANIZA EL VÍNCULO: PATRONES DE APEGO

A partir de los trabajos pioneros de John Bowlby y, especialmente, de las investigaciones empíricas de Mary Ainsworth, se ha podido describir cómo las experiencias relacionales tempranas entre el niño y sus cuidadores tienden a organizarse en formas relativamente estables de relación, conocidas como patrones de apego[1,6]. Estos patrones no deben entenderse como rasgos fijos del niño, sino como estrategias adaptativas que este desarrolla para manejar la relación con sus figuras de cuidado, en función de cómo han respondido a sus necesidades a lo largo del tiempo[3].

El patrón de apego seguro se desarrolla cuando el cuidador ha sido, de manera suficientemente consistente, accesible, sensible y predecible[6]. En este contexto, el niño aprende que puede recurrir al adulto cuando lo necesita y que, tras recibir ayuda, puede retomar la exploración. Por ello, el niño con apego seguro no es aquel que “no da problemas” o que apenas expresa malestar, sino aquel que puede desplegar de forma flexible sus dos grandes necesidades: la de protección y la de exploración.

Es un niño que puede protestar, llorar o enfadarse cuando algo le desborda, pero que también puede calmarse con ayuda del adulto y volver a la actividad. Del mismo modo, puede alejarse para explorar, jugar o interactuar con otros, manteniendo al adulto como referencia disponible. Esta experiencia repetida le permite ir internalizando progresivamente formas más autónomas de regulación y confianza en sí mismo y en los otros[4].

El apego inseguro-evitativo suele desarrollarse en contextos en los que la expresión emocional del niño no ha sido bien recibida, ha sido ignorada o ha generado incomodidad en el cuidador[6]. En estos casos, el niño tiende a minimizar la expresión de sus necesidades de apego, mostrando una aparente autonomía precoz. Puede parecer un niño independiente, que no busca ayuda o que apenas se queja, pero esta estrategia implica una desconexión relativa de sus propias necesidades emocionales[3]. En la práctica clínica, puede tratarse de niños que no reclaman, que toleran el malestar sin buscar consuelo o que se centran excesivamente en la exploración sin recurrir al adulto incluso cuando lo necesitarían.

El apego inseguro-ambivalente o resistente aparece con mayor frecuencia en contextos donde la respuesta del cuidador es inconsistente o impredecible[6]. El niño no puede anticipar cuándo sus necesidades serán atendidas y cuándo no, por lo que tiende a intensificar sus señales para maximizar la probabilidad de obtener respuesta. Suelen ser niños muy pendientes del adulto, con dificultad para separarse y para calmarse incluso cuando el cuidador está presente. La exploración puede verse limitada, ya que gran parte de su energía está dirigida a mantener la proximidad y asegurar la disponibilidad del adulto.

El apego desorganizado se observa en contextos en los que la figura de cuidado, que debería funcionar como fuente de protección, es simultáneamente una fuente de miedo o malestar, como puede ocurrir en situaciones de negligencia grave, maltrato o alta desregulación parental.
En estos casos, el niño se encuentra ante una encrucijada relacional: necesita acercarse a la figura que le protege, pero al mismo tiempo esa figura genera temor o desorganización. Como consecuencia, no logra desarrollar una estrategia coherente para organizar su conducta en la relación, pudiendo mostrar comportamientos contradictorios, desorientados o abruptos[9]. Este patrón se asocia a una mayor vulnerabilidad en el desarrollo y a dificultades posteriores en la regulación emocional y las relaciones interpersonales[10].

VÍNCULO, NEURODESARROLLO Y SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

Las experiencias vinculares tempranas no solo tienen un impacto en el desarrollo psicológico del niño, sino que participan activamente en la organización de su desarrollo neurobiológico. En los primeros años de vida, el cerebro se encuentra en un proceso de alta plasticidad, especialmente sensible a la calidad de las interacciones con las figuras de cuidado[11]. En este contexto, la calidad del apego temprano influye de forma significativa en el desarrollo cerebral, especialmente en estructuras implicadas en la regulación emocional como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal[12]. Las experiencias de apego seguro favorecen una adecuada integración neurobiológica, mientras que el estrés crónico asociado a vínculos inseguros o traumáticos puede alterar el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando la vulnerabilidad al estrés[11].
En este sentido, los patrones de apego inseguros se han relacionado con un mayor riesgo de trastornos emocionales y conductuales en la infancia, en parte porque la ausencia de una base segura dificulta el desarrollo de habilidades de regulación emocional y aumenta la probabilidad de respuestas desadaptativas ante el malestar[13,14].

Estas diferencias se expresan clínicamente de formas diversas a lo largo del desarrollo. En la infancia, pueden observarse dificultades de regulación (irritabilidad, problemas de sueño o alimentación), conductas externalizantes o retraimiento. En la adolescencia, pueden aparecer problemas en las relaciones interpersonales, impulsividad, dependencia emocional o aislamiento. En etapas posteriores, estos patrones pueden relacionarse con mayor vulnerabilidad a trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad o dificultades persistentes en el establecimiento de relaciones significativas[15].

El enfoque modular-transformacional de Hugo Bleichmar amplía esta comprensión al integrar la teoría del apego con aportes de la neurociencia y la psicología del desarrollo (ver recursos). Desde esta perspectiva, la mente no se organiza como un sistema único, sino como un conjunto de sistemas motivacionales y emocionales relativamente autónomos (entre ellos, la regulación emocional, la autoestima, la autoconservación/agresión y la sexualidad/sensualidad) que se desarrollan en interacción con el entorno. El sistema de apego, centrado en la búsqueda de protección, constituye un eje fundamental, pero no exclusivo, en esta organización.

Estos sistemas no funcionan de manera aislada, sino que se influyen mutuamente, pudiendo desarrollarse de forma desigual o presentar alteraciones específicas. De este modo, el tipo de vínculo temprano no solo configura la regulación emocional, sino que modula el desarrollo de otros sistemas, permitiendo comprender la complejidad y heterogeneidad de los perfiles clínicos. Así, las dificultades psicológicas pueden entenderse no solo como el resultado de un patrón de apego, sino como la consecuencia de déficits en determinados sistemas o de interacciones disfuncionales entre ellos. Por ejemplo, en algunos cuadros pueden coexistir dificultades en la regulación emocional con alteraciones en la autoestima o en la capacidad de simbolización, como ocurre en ciertos trastornos psicosomáticos. En esta misma línea, un niño puede desarrollar una adecuada capacidad de regulación emocional en contextos de cuidado relativamente estables, pero presentar una organización frágil de la autoestima si ha estado expuesto de forma reiterada a experiencias de

crítica, desvalorización o exigencia excesiva, lo que puede traducirse clínicamente en inseguridad, evitación de retos o una dependencia marcada de la validación externa.

Asimismo, pueden observarse interacciones entre el sistema de apego y el de sexualidad/sensualidad en un sentido amplio. Por ejemplo, algunos niños que han crecido en contextos de escasa disponibilidad afectiva o con respuestas frías o intrusivas pueden desarrollar una relación ambivalente con el contacto corporal: buscan proximidad de forma intensa, pero al mismo tiempo muestran incomodidad, rechazo o desorganización cuando esta se produce. Estas dificultades en la experiencia del contacto y del placer relacional pueden coexistir con problemas de regulación emocional o con inseguridad en la relación, y ayudan a comprender ciertas manifestaciones clínicas que no se explican únicamente desde el patrón de apego.

En este contexto, resulta relevante señalar que las dificultades vinculares no constituyen un destino inmutable. En las últimas décadas se han desarrollado intervenciones centradas en la relación cuidador-niño que han mostrado eficacia en la mejora de la sensibilidad parental, la regulación emocional infantil y la reducción de problemas conductuales (ver recursos). (Capítulo 8)
Estas intervenciones ponen de relieve que el vínculo es un proceso dinámico y susceptible de cambio, lo que abre una vía importante de prevención e intervención en salud mental infanto-juvenil. (Capítulo 3) (Capítulo 9)

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA

El pediatra ocupa una posición privilegiada para detectar de forma precoz dificultades en el desarrollo emocional del niño y, en particular, en la calidad de las relaciones que lo sostienen. A lo largo de los primeros años de vida, muchas de las consultas pediátricas giran en torno a problemas de sueño, alimentación, irritabilidad o conducta. Aunque estos síntomas suelen abordarse desde una perspectiva individual, con frecuencia adquieren mayor sentido cuando se comprenden en el contexto de la relación cuidador-niño[3].

Incorporar una mirada vincular en la práctica clínica implica, en primer lugar, un cambio de foco: no solo preguntarse qué le ocurre al niño, sino qué está ocurriendo en la interacción con sus cuidadores. Esta observación no requiere herramientas complejas ni evaluaciones formales, sino una atención deliberada a lo que sucede en la consulta: cómo el niño busca (o no) la proximidad del adulto, cómo responde el cuidador a sus señales, qué tono emocional predomina en la interacción o cómo se manejan los momentos de malestar o frustración. Es importante tener en cuenta que la consulta pediátrica es, para muchos niños, una situación potencialmente estresante o desconocida, a menudo asociada además a experiencias de malestar físico, lo que puede activar su sistema de apego. En este contexto, es esperable que el niño busque mayor proximidad, se muestre más dependiente o menos disponible para la exploración, sin que ello implique necesariamente una dificultad en su desarrollo.

Una implicación especialmente relevante para la práctica pediátrica es comprender que la crianza no es solo una cuestión de conocimiento o de voluntad. En muchas ocasiones, los cuidadores saben qué deberían hacer (por ejemplo, establecer rutinas, poner límites o responder de forma calmada), pero encuentran dificultades para llevarlo a cabo. Estas dificultades no suelen deberse únicamente a falta de información, sino a factores más complejos relacionados con su propia regulación emocional, su historia vincular o los modelos operativos internos desde los que interpretan la conducta del niño[8].

Por ello, las intervenciones exclusivamente prescriptivas (“lo que tiene que hacer es…”) pueden resultar insuficientes o poco eficaces si no se acompañan de una comprensión de qué está interfiriendo en la capacidad del cuidador para ponerlas en práctica. Introducir una actitud exploratoria puede ser más útil que ofrecer soluciones inmediatas. Preguntas como “¿qué cree que le ocurre cuando llora?”, “¿cómo suele sentirse usted en esos momentos?” o “¿qué le resulta más difícil de esta situación?” pueden abrir un espacio de reflexión que facilite cambios más sostenibles.

Asimismo, el pediatra puede desempeñar un papel relevante en la promoción de la sensibilidad parental, ayudando a los cuidadores a observar y comprender mejor las señales del niño. Señalar momentos de sintonía (“parece que se calma cuando le habla así”) o ayudar a dar significado a la conducta infantil puede contribuir a mejorar la calidad de la interacción sin necesidad de intervenciones complejas.

Finalmente, en aquellos casos en los que se detectan dificultades persistentes en la relación (como una marcada desconexión emocional, una alta desregulación en la interacción o la presencia de respuestas contradictorias o desorganizadas), resulta importante considerar la derivación a servicios especializados en salud mental infanto-juvenil. La detección precoz y la intervención temprana en el ámbito vincular constituyen una oportunidad clave para prevenir la consolidación de dificultades emocionales y relacionales a lo largo del desarrollo. (Capítulo 3) (Capítulo 9)

CONCLUSIONES

- **Las experiencias vinculares tempranas constituyen un organizador central del desarrollo emocional y neurobiológico del niño.**
- **La conducta infantil solo puede comprenderse adecuadamente si se sitúa en el contexto de la relación con sus cuidadores.**
- **La calidad del vínculo influye en la regulación emocional, la respuesta al estrés y la vulnerabilidad a la psicopatología a lo largo del desarrollo.**
- **La crianza no depende únicamente del conocimiento o la voluntad de los cuidadores, sino de procesos emocionales y representacionales más complejos que influyen en su capacidad de respuesta.**
- **En pediatría, a través de la observación de la interacción en consulta, se puede desempeñar un papel clave en la detección precoz de dificultades vinculares y en la promoción de relaciones más seguras.**

RECURSOS

- Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona: Paidós; 1997.
- Facompré CR, Bernard K, Dozier M. A meta-analysis of attachment-based interventions for at-risk families. Dev Psychopathol. 2018;30(2):569-581.
- Proyecto Apego Ministerio de Sanidad en: https://www.sanidad.gob.es/en/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2011/Docs/Ponencias/JesusPalaciosProyectoApego.pdf
- Guía práctica de intervención familiar en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7608&tipo=documento
- Como establecer un buen apego en: https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portales/documents/722046/811340/Recurso%20Apego%20seguro%20escuela.pdf/20ccbcf6-ba9b-9fbc-c541-8a7460852fa7?version=1.1
- Familias en positivo: https://familiasenpositivo.org/
- Mental health is the foundation of early childhood development en Zero to three. https://www.zerotothree.org/issue-areas/infant-and-early-childhood-mental-health/
- Children attachment NICE Guidelines. https://www.nice.org.uk/guidance/ng26

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.

2. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. London: Routledge; 1988.

3. Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2016.

4. Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. New York: Guilford Press; 2005

5. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Dev Psychol. 1992;28(5):759-775.

6. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1978

7. Stern DN. The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books; 1995

8. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002

9. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 121-160.

10. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2016. p. 667-695.

11. Gunnar MR, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. Annu Rev Psychol. 2007;58:145-173.

12. Tottenham N. Early adversity and the neotenous human brain. Biol Psychiatry. 2019;85(10):813-821.

13. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. Dev Psychopathol. 2010;22(1):177-203.

14. Groh AM, Roisman GI. Attachment in the early life course and risk for emotional disorders. Curr Opin Psychol. 2017;25:45-49.

15. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press; 2007.

6. Experiencias adversas en la infancia. Importancia de la detección precoz en consulta pediátrica.

Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez
Pediatra. Unidad de Pediatría Social. Hospital Materno Infantil Princesa Leonor. CH Universitario Torrecárdenas. Almería.

PUNTOS CLAVE

- Las experiencias adversas en la infancia (EAI), son frecuentes y constituyen un importante determinante de salud a lo largo de toda la vida. La salud del adulto tiene, en gran medida, sus raíces en las experiencias vividas durante la infancia.
- El estrés tóxico constituye el principal mecanismo biológico mediante el cual las EAI alteran el neurodesarrollo (ND), incrementan el riesgo de enfermedad física y mental a corto, medio y largo plazo, y favorecen la adopción de estrategias de afrontamiento desadaptativas y conductas perjudiciales para la salud.
- Las EAI son un factor de riesgo potencialmente evitable. Una atención pediátrica orientada al trauma (Trauma-informed-care), junto con la promoción de la salud relacional, permite reducir el impacto de la adversidad, fortalecer la resiliencia y mejorar la trayectoria vital de niños, niñas y adolescentes (NNA).

INTRODUCCIÓN

Las EAI son experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes que ocurren antes de los 18 años y son vividas por el NNA con un importante grado de angustia o malestar. Constituyen algunas de las fuentes de estrés más intensas durante el desarrollo e incluyen situaciones como el maltrato, la negligencia, la exposición a la violencia y otras circunstancias que comprometen la seguridad, el bienestar y el desarrollo infantil[1].

El concepto fue introducido por Felitti y colaboradores en 1998 a partir del estudio Adverse Childhood Experiences, realizado en más de 17.000 adultos. Sus resultados demostraron que las EAI son muy frecuentes —el 67 % de los participantes había sufrido al menos una— y que existe una relación dosis-dependiente entre el número de experiencias adversas y un peor estado de salud en la edad adulta[2].

Además, la acumulación de EAI se asocia con un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales, adopción de conductas perjudiciales para la salud, problemas sociales y mortalidad prematura (con una reducción de la esperanza de vida de hasta 20 años). En particular, la exposición a cuatro o más EAI identifica a una población especialmente vulnerable, con mayor riesgo de presentar problemas de salud y conductas de riesgo a corto, medio y largo plazo[1,2].

Los resultados de esta investigación apuntaban a que los problemas de salud en la edad adulta podrían tener su origen en la infancia.

CLASIFICACIÓN EXPERIENCIAS ADVERSAS INFANCIA

Las primeras definiciones de EAI se centraban fundamentalmente en situaciones de maltrato y abuso. Sin embargo, actualmente se reconoce que las EAI abarcan un amplio espectro de circunstancias capaces de generar estrés significativo y afectar al desarrollo infantil. Estas incluyen tanto acontecimientos claramente traumáticos (abuso físico, emocional o sexual, acoso entre iguales, exposición a la violencia, desastres naturales o conflictos bélicos), como condiciones adversas crónicas y persistentes, (negligencia, enfermedad mental de los progenitores, racismo, discriminación, separación familiar, duelo migratorio, conflictos parentales, exposición a tóxicos ambientales, aislamiento social)[1,3].

Las EAI pueden producirse dentro o fuera del entorno familiar. No obstante, aquellas que afectan al sistema de cuidados del niño durante los primeros años de vida tienen un impacto especialmente relevante sobre el desarrollo. La evidencia científica muestra que la calidad de las relaciones tempranas con las figuras de apego, el contexto relacional en el que crece el niño y la adecuada cobertura de sus necesidades físicas y emocionales son determinantes fundamentales para un desarrollo saludable. (Capítulo 7) (ver Algoritmo 1)

DETERMINANTES SOCIALES, DESIGUALDADES Y VULNERABILIDAD A LAS EAI

Las EAI pueden afectar a cualquier niño/a, aunque son más frecuentes en contextos de pobreza, exclusión social y desigualdad. Los determinantes sociales de la salud como la privación económica, discriminación o la falta de oportunidades, favorecen la exposición a otras EAI y el estrés tóxico. Algunos grupos, como las minorías étnicas, NNA con discapacidad, minorías sexuales y de género, presentan una mayor vulnerabilidad. La identificación precoz de estas situaciones permite implementar que reduzcan el impacto de las desigualdades sobre su salud, desarrollo y bienestar.

IMPACTO BIOLOGICO DE LAS EAI A LO LARGO DEL CICLO VITAL

La evidencia científica demuestra que las EAI tienen un profundo impacto sobre la salud a lo largo de todo el ciclo vital. El principal mecanismo biológico implicado es el estrés tóxico, que se produce cuando la respuesta fisiológica al estrés permanece activada de forma intensa o prolongada en ausencia de relaciones protectoras que ayuden al niño a regularla[1,3,5]. (Capítulo 7) (Capítulo 14) (Capítulo 11) (Capítulo 10) (Capítulo 5). Esta activación, desencadena una cascada neuroendocrina e inmunológica caracterizada por la liberación de mediadores como el cortisol y las catecolaminas, y genera una carga biológica acumulativa (*carga alostática*) que puede alterar el funcionamiento de múltiples sistemas orgánicos[5].

Como consecuencia, las personas expuestas a EAI presentan un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas y de salud mental, así como de conductas de riesgo, problemas sociales y mortalidad prematura.

Los efectos son acumulativos y aumentan conforme se incrementa el número de experiencias adversas. Además, las EAI pueden inducir cambios epigenéticos que modifican la expresión de genes relacionados con la respuesta al estrés, el sistema inmunitario y el neurodesarrollo, contribuyendo a la vulnerabilidad futura frente a problemas de salud física y mental y a la transmisión intergeneracional de patrones de vulnerabilidad y respuestas desadaptativas[1,3,5].

No solo las experiencias traumáticas graves generan estrés tóxico. La exposición prolongada a entornos carentes de cuidados adecuados, como las situaciones de negligencia, constituye una de las formas más frecuentes y perjudiciales de estrés tóxico, debido a su efecto continuado sobre el desarrollo y las relaciones de apego[3,5].

EAI Y NEURODESARROLLO

El neurodesarrollo (ND) es el proceso dinámico mediante el cual maduran el sistema nervioso y las funciones cerebrales, permitiendo la emergencia de capacidades cognitivas, emocionales, sociales y de la personalidad. Gracias a él, el niño construye su identidad, aprende a pensar, sentir, relacionarse y adaptarse al mundo que le rodea.

La exposición prolongada al estrés tóxico durante periodos críticos del desarrollo puede alterar la arquitectura cerebral y afectar al aprendizaje, la memoria, la regulación emocional y la adaptación al entorno[5].

Cuando el niño/a crece en un contexto de miedo, inseguridad o falta de protección, el estrés tóxico puede alterar la organización y el funcionamiento cerebral. Como consecuencia, el cerebro se organiza alrededor de la amenaza y desarrolla una elevada sensibilidad al peligro. Algunos autores describen esta situación como una “mente organizada por el trauma”. Esta respuesta, inicialmente adaptativa, puede mantenerse incluso cuando la amenaza ha desaparecido y la percepción del peligro continúa influyendo en las emociones, la conducta y las relaciones[5,6]. (Capítulo 15)

EAI Y SALUD MENTAL

Las EAI constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales a lo largo de la vida. Se asocian con un mayor riesgo de ansiedad (link ansiedad), depresión (Capítulo 16), trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos disociativos, trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias, autolesiones y conducta suicida[7].

Además, las EAI pueden manifestarse mediante síntomas que simulan otros trastornos frecuentes en pediatría, como dificultades de atención o aprendizaje (Capítulo 13), impulsividad, hiperactividad o problemas de conducta. Por ello, ante cuadros compatibles con TDAH, problemas de conducta, somatizaciones o dificultades escolares persistentes debe considerarse la posible contribución de las EAI[1].

EAI y conductas suicidas.

La evidencia muestra una asociación dosis-dependiente entre el número de EAI y el riesgo de autolesiones, ideación suicida e intento de suicidio. Los adolescentes que presentan múltiples EAI constituyen un grupo especialmente vulnerable y requieren una valoración específica del riesgo suicida y de los factores de protección[8].

Se estima que las EAI podrían contribuir aproximadamente al 45 % de los trastornos mentales de inicio en la infancia y a entre el 25 % y el 33 % de los de inicio en la edad adulta. Entre los factores asociados a un mayor riesgo destacan la presencia de trastornos mentales en los progenitores (Capítulo 9), la exposición a violencia y el contacto con el sistema judicial [7,9,10].

La prevención de las EAI constituye, por tanto, una estrategia fundamental para reducir el riesgo de autolesiones y conducta suicida.

EAI: UN FACTOR DE RIESGO EVITABLE Y UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) constituyen uno de los factores de riesgo modificables más relevantes para la salud pública. Sus efectos trascienden el ámbito sanitario y se extienden a múltiples dimensiones de la vida, aumentando el riesgo de enfermedad física y mental, conductas de riesgo, dificultades académicas, pobreza, desempleo, exclusión social y participación en conductas violentas o delictivas[1].

La evidencia disponible demuestra que la prevención de las EAI mejora la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes y puede reducir significativamente la carga de enfermedad a lo largo de la vida. Se ha estimado que una disminución de la exposición a la adversidad infantil podría asociarse con una menor incidencia de depresión, consumo nocivo de alcohol, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad[11,12].

Por ello, las EAI deben considerarse una prioridad de salud pública. Su prevención requiere una respuesta coordinada entre los ámbitos sanitario, político, educativo, social y judicial, orientada a reducir las desigualdades, prevenir la violencia, fortalecer a las familias y garantizar los derechos de la infancia. Todo ello refuerza la idea de que la salud a lo largo de la vida tiene sus raíces en la infancia y que las intervenciones tempranas representan una oportunidad única para mejorar el bienestar y la salud de la población[4,13].

EAI. RESPUESTA DEL SISTEMA SANITARIO: ATENCIÓN SANITARIA INFORMADA POR EL TRAUMA (TRAUMA-INFORMED CARE, TIC)

Los sistemas sanitarios desempeñan un papel clave en la detección precoz de las EAI, la mitigación de sus efectos y el fortalecimiento de los factores protectores. La respuesta sanitaria se sustenta en dos marcos complementarios: el estrés tóxico, que explica el impacto biológico de la adversidad, y la salud relacional, basada en el papel protector de las relaciones seguras y estables. Este último marco se aborda de forma específica en otro capítulo. (Capítulo 7)

En este contexto surge la atención informada por el trauma (Trauma-Informed Care, TIC), un modelo asistencial que reconoce el impacto de las EAI sobre la salud y adapta la atención sanitaria para identificar precozmente a los NNA en riesgo, evitar la revictimización, promover entornos seguros y favorecer la recuperación y la resiliencia. La TIC parte de tres principios fundamentales: las EAI son frecuentes, el trauma puede afectar al ND, a la salud física y mental, y los servicios sanitarios pueden contribuir tanto a la recuperación como, inadvertidamente, a la reactivación del trauma[1,14,15].

La TIC entiende el trauma como la respuesta física, emocional y neurobiológica que se produce cuando una experiencia supera la capacidad de afrontamiento del niño, y le genera inseguridad o amenaza. Su impacto depende no solo del acontecimiento vivido, sino también de factores como la edad, la intensidad y duración de la exposición y la presencia de relaciones protectoras.

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA. IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ EN CONSULTA DE PEDIATRÍA

¿Qué significa aplicar la atención informada por el trauma? La atención informada por el trauma (TIC) no pretende

convertir al pediatra en terapeuta del trauma ni buscar activamente experiencias traumáticas en todos los pacientes, sino reconocer que la adversidad puede influir en la salud, el desarrollo y el comportamiento de cualquier niño. Su objetivo es promover una atención segura y respetuosa, evitar la revictimización, identificar factores protectores y facilitar el acceso a los recursos de apoyo cuando sea necesario. Desde esta perspectiva, además de preguntarnos «¿qué le pasa a este niño?», debemos plantearnos también «¿qué le ha pasado?».

Detección Precoz de NNA susceptibles de experimentar EAI (Algoritmo 1)

La detección precoz debe apoyarse en la identificación de factores de riesgo, así como en el reconocimiento de síntomas y signos sugestivos de estrés tóxico o trauma.

a) Factores de Riesgo (FR): La presencia de estos factores no confirma la existencia de trauma, pero debe aumentar la sensibilidad clínica y favorecer una valoración integral.

- **FR Individuales**: Discapacidad, Enfermedad crónica, NNA en sistema de protección o en justicia juvenil, minorías étnicas, **LGTBI.**
- **FR Familiares:** Violencia contra la infancia, negligencia, enfermedad mental parental (Capítulo 7), consumo de sustancias, conflicto parental, separación familiar traumática (Capítulo 10), estrés parental intenso, falta de red de apoyo, trauma en los cuidadores y dificultades graves en la relación cuidador-niño.
- **FR Sociales:** Pobreza, exclusión social, inseguridad, migración forzada, discriminación, racismo, violencia comunitaria o falta de acceso a recursos.

Existen herramientas de cribado de EAI cuestionarios ACE-Q y ACE-IQ (tabla 1) que pueden ayudar a identificar exposición a adversidad, pero no diagnostican estrés tóxico ni sustituyen la valoración clínica[1,4].

b) Reconocimiento de síntomas y signos que hagan sospechar trauma o síntomas de estrés tóxico (Anamnesis y Exploración física).

Debe considerarse la posibilidad de EAI ante NNA que presenten síntomas persistentes, recurrentes o de difícil explicación clínica, especialmente cuando interfieran en su funcionamiento familiar, escolar o social.

Las EAI pueden manifestarse a través de problemas de conducta, ansiedad (Capítulo 15), síntomas depresivos (Capítulo 16), trastornos del sueño o la alimentación, somatizaciones, dificultades escolares, síntomas compatibles con TDAH (Capítulo 13), irritabilidad, impulsividad, agresividad, problemas de apego (Capítulo 7) o relación, autolesiones, ideación suicida o conductas de riesgo. También deben hacer sospechar adversidad la baja adherencia a los tratamientos, las consultas repetidas por síntomas inespecíficos o las respuestas emocionales desproporcionadas ante exploraciones o procedimientos sanitarios[4,15].

Es importante recordar que muchas de estas manifestaciones representan respuestas adaptativas desarrolladas en contextos de amenaza o estrés crónico y no deben interpretarse únicamente como problemas de conducta.

Signos de alarma según la edad

- **Lactantes y preescolares:** alteraciones del sueño o la alimentación, irritabilidad, retraso o regresión del desarrollo, escasa interacción social, retraimiento, dificultades de vinculación, miedo excesivo o conductas desorganizadas ante los cuidadores.
- **Escolares:** dificultades de atención y aprendizaje, hiperactividad, absentismo escolar, somatizaciones, ansiedad, problemas de conducta, agresividad, retraimiento social o dificultades en las relaciones con iguales.
- **Adolescentes:** síntomas depresivos, ansiedad intensa, trastornos del sueño, consumo de sustancias, autolesiones, ideación suicida, conductas sexuales de riesgo, fugas, violencia, aislamiento social o contacto con el sistema judicial.

Diagnóstico, Intervención y Derivación a Recursos

Actualmente no existe ningún biomarcador validado para diagnosticar estrés tóxico, por lo que la valoración debe basarse en la historia clínica, la observación, el conocimiento del contexto familiar y social y la identificación de factores protectores.

La presencia de síntomas persistentes, deterioro funcional significativo o sospecha de trauma relevante debe motivar la derivación a recursos especializados de salud mental infantil con formación en trauma[4,14,15].

Prevención y actuación desde la consulta pediátrica

La respuesta pediátrica debe integrar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria orientadas a promover factores protectores, identificar precozmente a los niños en riesgo, minimizar las consecuencias del estrés tóxico y facilitar el acceso a recursos especializados cuando sea necesario[4]. (Algoritmo y Tabla 1)

La detección precoz de las EAI constituye una oportunidad única para modificar trayectorias de salud. Identificar la adversidad antes de que sus consecuencias se consoliden permite implementar intervenciones dirigidas a fortalecer los factores protectores, reducir el estrés tóxico y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo. En muchos casos, la propia relación terapéutica establecida con el niño y su familia constituye una intervención protectora de gran valor.

CONCLUSIONES

- **Las experiencias adversas en la infancia (EAI) constituyen un importante problema de salud pública. La exposición a la adversidad durante la infancia condiciona la salud física, mental y social a lo largo de todo el ciclo vital.**
- **El estrés tóxico es el principal mecanismo biológico que explica el impacto de las EAI. La exposición prolongada a la adversidad, especialmente durante los primeros años de vida, puede alterar el neurodesarrollo, la regulación emocional y el funcionamiento de múltiples sistemas biológicos. El desarrollo saludable del cerebro requiere protección contra el estrés tóxico.**
- **Las EAI aumentan el riesgo de trastornos mentales, enfermedad crónica y conductas autolesivas y suicidas. Sus efectos son acumulativos, de modo que, a mayor número de experiencias adversas, mayor riesgo de problemas de salud, dificultades académicas y sociales y conductas de riesgo.**
- **La prevención y detección precoz de las EAI deben formar parte de la práctica pediátrica habitual. La promoción de la salud relacional constituye la principal estrategia para reducir el estrés tóxico y favorecer la resiliencia.**
- **La atención informada por el trauma debe incorporarse a la práctica pediátrica habitual. Reconocer el impacto de la adversidad, promover entornos seguros, identificar factores protectores y facilitar intervenciones tempranas permite mejorar la recuperación y el bienestar de niños, niñas y adolescentes.**

RECURSOS

- Center on the Developing Child - Harvard University https://developingchild.harvard.edu/?utm_source=chatgpt.com
- CDC ACEs https://www.cdc.gov/aces?utm_source=chatgpt.com
- SAMHSA Trauma-Informed Care https://www.nctsn.org/resources/samhsas-concept-of-trauma-and-guidance-for-a-trauma-informed-approach
- American Academy of Pediatrics – Trauma-Informed Care Resources https://www.aap.org/en/patient-care/trauma-informed-care/?utm_source=chatgpt.com
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) https://www.nctsn.org/?utm_source=chatgpt.com. NCTSN – Pediatric Medical Traumatic Stress Resources https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/medical-trauma?utm_source=chatgpt.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Public Health Institute. Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs): State of the Art and Options for Action [Internet]. Liverpool: Liverpool John Moores University; 2023.

2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8.

3. Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. JAMA Pediatr. 2013, 167(7):622-9.

4. Garner A, Yogman M. Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582.

5. Benito Moraga R. Cerebros moldeando otros cerebros: cómo las relaciones interpersonales guían la evolución del cerebro infantil y adolescente desde el nacimiento. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2024. 320 p. ISBN: 978-84-330-3254-

6. Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. Infant Ment Health J. 1995;16(4):271-291.

7. Annor E, Pollak M, Ramasamy D. Cumulative adverse childhood experiences and risk of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychol (Amst). 2026;266:106954.

8. González CD, Martínez-Cárdenas CF. Factores de riesgo y perfiles del reintento suicida en niños menores de 12 años. An Pediatr (Barc). 2024;101(5):310-318.

9. Watkeys OJ, O’Hare K, Dean K, Laurens KR, Tzoumakis S, Harris F, et al. Trajectories of adverse childhood experiences and subsequent adolescent suicidal ideation and self-harm. J Adolesc Health. 2026;78(2):267-275.

10. Ballesteros B, coord. Conducta suicida y salud mental en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio [Internet]. Madrid: Fundación ANAR, Centro de Estudios e Investigación; 2022 [citado 16 jun 2026]. Disponible en: Fundación ANAR – Estudio sobre conducta suicida y salud mental 2012-2022

11. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019;4(10):e517-e528.

12. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Vital signs: estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention—25 States, 2015-2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;68(44):999-1005.

13. World Health Organization. WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years. Geneva: World Health Organization; 2023.

14. Duffee J, Szilagyi M, Forkey H, Kelly ET. Trauma-informed care in child health systems. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052579

15. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J; Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. Trauma-informed care. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052580.

Tabla 1.- Actividades EAI para la Consulta de Pediatría

Enfoque salud pública	Actividades a realizar
Prevención primaria Objetivo: - Evitar exposición EAI prevenir estrés tóxico y el trauma[15]. - Promover la Resiliencia.	- Promoción de la parentalidad positiva (Capítulo 8) y Apego seguro (Capítulo 7). - Promoción de la salud relacional (Capítulo 7). - Guías anticipatorias de desarrollo infantil y regulación emocional. - Promover rutinas estables: sueño, alimentación, actividad física. - Detección de dificultades sociales. Prevención de la violencia.
Prevención secundaria Objetivo: - Identificar a NNA expuestos o en riesgo de EAI. - Detectar precozmente manifestaciones de estrés tóxico.	- Identificar situaciones de vulnerabilidad y riesgo social. Cribado de EAI (*) - ¿cómo es la relación con el cuidador/a? - Explorar factores de protección y apoyos disponibles. - Anamnesis: “detección precoz” de signos o síntomas que sugieran “estrés tóxico” - Exploración física completa y FC, FR, TA. SaO2 - Exámenes complementarios: biomarcadores específicos de estrés tóxico están en investigación. Valorar gravedad del caso - NNA tiene ¿enfermedad física? ¿T. psico-emocionales? ¿Síntomas de trauma? ¿conductas autolíticas o ideación suicida? - ¿Hay un entorno de seguridad? ¿existe riesgo de desprotección? Valorar necesidad de derivación a recursos específicos Salud mental - Servicios sociales - Recursos de apoyo Apoyo y acompañamiento a las familias - ¿Progenitores tienen problema de salud mental antecedentes traumáticos? - ¿hay estrés familiar significativo? - Guías Anticipatorias para favorecer regulación emocional: rutinas predecibles, presencia tranquilizadora, disponibilidad y contención emocional, juego compartido, sueño y actividad física, técnicas de relajación, disciplina positiva y crianza sensible. Seguimiento en nuestra consulta. Trabajo en red: Salud mental, médico/a familia, Escuela, Servicios sociales, justicia.

Enfoque salud pública	Actividades a realizar
Prevención terciaria Objetivo: Minimizar las consecuencias de eai y tratar los síntomas o trastornos ya establecidos	Identificar a NNA con signos de trauma o alta carga de adversidad - NNA con elevada carga de adversidad (p-ej.; ≥ 4 EAI) o con manifestaciones clínicas compatibles con trauma - NNA en Sistema de protección. Acogimiento familiar o Adoptados. - NNA en sistema justicia juvenil Identificar síntomas/signos de trauma: síntomas físicos, psicológicos o conductuales Valorar gravedad del caso (igual prevención secundaria) Evitar Revictimización Derivación a recursos específicos: Atención especializada en Trauma: salud mental Apoyo cuidadores: promover la reparación de las relaciones cuidador-niño/a Seguimiento estrecho en nuestra consulta Trabajo en red y coordinación con recursos comunitarios (igual prevención secundaria)

(*) Acceso a Cuestionario ACE-Q:
https://www.southcoastpediatrics.com/storage/app/media/ACE%20TeenSelfReport%20-%20ENGLISH%20and%20SPANISH.pdf

(**) Acceso a Cuestionario ACE-IQ OMS:
https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)

Algoritmo Detección precoz EAI

NNA EN CONSULTA ATENCIÓN PEDIATRICA TIC

1.IDENTIFICAR SEÑALES DE ALERTA

¿Presenta indicadores persistentes de impacto funcional?

- Problemas emocionales o conductuales.
- Ansiedad o depresión, Trastornos del sueño, Somatizaciones.
- Dificultades escolares o síntomas compatibles con TDAH.
- Problemas de apego o relación.
- Autolesiones o ideación suicida.

NO

- Seguimiento habitual.
- Promoción salud relacional.

SI

2. VALORAR VULNERABILIDAD: CLASIFICACIÓN EAI

EAI que se originan fuera del hogar

- **Desigualdades sociales y salud:** pobreza, exclusión social.
- **Violencia en el entorno social:** violencia en la comunidad, desastres naturales, conflictos armados, terrorismo.
- **Enfermedades o accidentes:** accidentes y lesiones no intencionales, trauma médico originado por lesiones, procedimientos o tratamientos médicos. Aislamiento social (pandemia global).
- **Adversidad en el entorno cercano:** acoso entre pares, institucionalización en Sistema de Protección o Sistema de Justicia Juvenil.
- **Traumas relacionados con la migración:** refugiados, migración forzada, duelo migratorio, discriminación o racismo.

EAI que se originan en la relación de cuidados del NNA

- **Disfunción familiar:** violencia contra la mujer, abuso de sustancias progenitores, enfermedad mental en los progenitores, internamiento penitenciario progenitores, conflictos interparentales, divorcios complejos, fallecimiento de uno de los progenitores, separación de un cuidador.
- **Violencia contra la infancia:** violencia física, psicológica, sexual, negligencia física, emocional.
- **Problemas relacionales: experiencia adversa de apego y vínculo.**

3. VALORACIÓN INTEGRAL

- ANAMNESIS: CRIBADO DE EAI: cuestionarios ACE-Q, ACE- IQ OMS.
- Contexto familiar: factores protectores, red de apoyo, ¿entorno seguro?
- ¿Cómo es la relación de apego?
- EF: síntomas o signos.
- Impacto sobre el desarrollo y funcionamiento diario.

4. CLASIFICAR EL RIESGO

RIESGO BAJO

- Factores protectores presentes.
- Sin síntomas graves.
- Sin desprotección.

PREVENCIÓN PRIMARIA

- Salud relacional.
- Parentalidad positiva.
- Guías Anticipatorias.

RIESGO MODERADO

- Riesgo acumulado.
- Síntomas leves.
- Necesidad de

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Seguimiento estrecho.
- Apoyo familiar.
- Coordinación comunitaria.

RIESGO ALTO

- Trauma significativo.
- Síntomas graves, Ideación suicida.
- Desprotección.

PREVENCIÓN TERCIARIA

- Derivar a:salud mental.
- Servicios Sociales.
- Recursos especificos de Trauma.

SEGUIMIENTO LONGITUDINAL Y REEVALUACIÓN PERIÓDICA

7. Experiencias adversas en la relación de apego y vínculo parental: el papel de la pediatría.

Dra. Purificación Sierra-García
Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología. Directora del Servicio de Psicología Aplicada. UNED.

Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez
Pediatra. Unidad de Pediatría Social. Hospital Materno Infantil Princesa Leonor. CH Universitario Torrecárdenas. Almería.

PUNTOS CLAVE

- Las experiencias adversas de apego (ACEs-A)[1] son patrones tempranos de cuidado insensible por parte del cuidador principal (no limitados al maltrato explícito) que actúan como estresor relacional durante el periodo crítico de construcción del vínculo (0-3 años) y comprometen el desarrollo neurobiológico, socioemocional, y la salud a largo plazo.
- La neurobiología muestra que el cuidador sensible actúa como regulador externo del eje HHA, el sistema autónomo y los circuitos cerebrales de amenaza; su ausencia o distorsión incrementa la vulnerabilidad psicopatológica y puede participar en procesos de transmisión traumática intergeneracional.
- El/la pediatra ocupa una posición privilegiada para la detección precoz de dificultades o problemas en la relación, la entrevista clínica y la observación longitudinal de la díada cuidador-niño/a y la promoción de salud relacional pueden amortiguar o incluso revertir el impacto biológico de la adversidad (Capítulo 6)

INTRODUCCIÓN

La comprensión del maltrato y la violencia contra la infancia ha evolucionado desde una visión centrada en episodios de abuso físico o sexual hacia un modelo relacional y del desarrollo. Este enfoque incluye la negligencia emocional, la exposición a violencia doméstica, la inestabilidad familiar (Capítulo 10) y las formas persistentes de insensibilidad parental que comprometen la seguridad, la regulación emocional y la salud futura del niño.

El estudio seminal de Felitti y colaboradores introdujo el concepto de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) y mostró una asociación dosis-respuesta entre adversidad temprana y problemas de salud física, mental y conductual en la vida adulta.[2] Revisiones posteriores han confirmado que las EAI tienden a acumularse y que su impacto aumenta con la coexistencia de varias formas de adversidad.[3] (Capítulo 6)

En los primeros años de vida, la adversidad no solo se expresa como «lo que le ocurre» al niño, sino también como «lo que no ocurre» en la relación: ausencia de respuesta sensible, falta de protección, imprevisibilidad u hostilidad. Por ello, este capítulo integra el marco de las EAI con la ciencia del apego, la neurobiología del estrés tóxico, la salud relacional y la evidencia reciente sobre sensibilidad parental.[1,4,5]

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (EAI) Y EXPERIENCIAS ADVERSAS DE APEGO (ACES-A)

Las EAI son eventos, contextos o procesos potencialmente traumáticos que ocurren antes de los 18 años y que amenazan la seguridad física, emocional o relacional del niño. Incluyen abuso físico, sexual o emocional, negligencia física o emocional, violencia doméstica, trastorno mental o consumo de tóxicos problemático en el hogar, separación parental conflictiva y otras formas de inestabilidad familiar o comunitaria.[2,3] (Capítulo 6)

Por otra parte, la psicología del desarrollo, la pediatría y las neurociencias, (entre otras disciplinas), han tenido como uno de sus objetos de estudio y ámbito de aplicación, la importancia de los primeros tres años de la vida y más específicamente, el papel de los cuidados afectivos tempranos en el desarrollo y la salud infantil.

Dentro de este marco, las experiencias adversas de apego (ACEs-A) pueden definirse como patrones tempranos y persistentes de cuidado insensible durante la construcción del vínculo, especialmente desde el nacimiento hasta los tres años. Incluyen respuestas frías, rechazantes, inconsistentes, intrusivas, atemorizantes o emocionalmente ausentes. Su relevancia clínica radica en que afectan precisamente al sistema que debería amortiguar el estrés: la relación con el cuidador.[1,4,5]

La sensibilidad parental se refiere a la capacidad del adulto para percibir las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, responder con prontitud y ajustar la respuesta al estado real del niño. La evidencia meta-analítica reciente confirma que tanto la sensibilidad materna como la paterna en los cuidados, se asocian con mayor seguridad del apego, con tamaños de efecto comparables entre ambos cuidadores.[6]

DE LA INSENSIBILIDAD PARENTAL AL APEGO INSEGURO, DESORGANIZADO O PATOLÓGICO

El apego es un sistema bioconductual orientado a mantener la proximidad con una figura protectora ante el cansancio, el miedo, la enfermedad o la amenaza. (Capítulo 6)

A través de interacciones repetidas, el niño construye expectativas sobre si los demás estarán disponibles, si sus señales serán comprendidas y si él mismo es digno de cuidado.

La relación entre insensibilidad parental y apego inseguro debe entenderse como un continuo de riesgo, no como una causalidad automática. Cuando la respuesta del cuidador es fría, rechazante, impredecible, intrusiva o atemorizante, el niño adapta su sistema de apego: puede reducir la expresión de necesidad (patrón evitativo), intensificarla para obtener respuesta (patrón ambivalente/resistente) o mostrar conductas contradictorias y desorganizadas.[6,9]

Conviene distinguir clínicamente entre apego inseguro, apego desorganizado y trastornos patológicos del apego. El apego inseguro no es un diagnóstico, sino una estrategia relacional de adaptación ante una disponibilidad cuidadora limitada o inconsistente. El apego desorganizado representa un marcador de mayor gravedad y se asocia con mayor riesgo de desarrollo de psicopatológias, especialmente cuando coexiste con maltrato, negligencia o enfermedad mental parental grave.[9]

El término apego patológico debe reservarse para alteraciones severas de la vinculación descritas en los sistemas diagnósticos DSM-5-TR principalmente el trastorno reactivo del apego y el trastorno de relación social desinhibida. Ambos requieren antecedentes de cuidado insuficiente grave (*severe insufficient care*), es decir antecedentes de una situación de privación relacional crónica en la que el niño/a no dispone de una figura cuidadora estable, sensible y disponible para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, y se manifiestan con conductas relacionales persistentes, marcadamente alteradas en comparación con lo esperable para la edad y el nivel de desarrollo del niño/a (recogido en el DSM-5-TR como patrones extremos observables y persistentes). (Tabla 1).

Por tanto, no todo apego inseguro es patológico, aunque la insensibilidad crónica parental puede aumentar el riesgo de avanzar desde estrategias inseguras hacia formas desorganizadas o clínicamente alteradas del vínculo.[10]

LA INSENSIBILIDAD PARENTAL COMO FUENTE DE ESTRÉS TÓXICO

El estrés tóxico aparece cuando la respuesta de estrés es intensa, frecuente o prolongada en ausencia de una figura adulta capaz de amortiguar la activación fisiológica. En la primera infancia, el cuidador/a funciona como regulador externo del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), del sistema nervioso autónomo, del sueño, de la alimentación y de los ritmos de interacción.[4,5]

La evidencia neurobiológica indica que la adversidad temprana y la insensibilidad relacional pueden alterar el eje HHA, modificar circuitos de amenaza y recompensa, y afectar regiones implicadas en regulación emocional, aprendizaje social y control ejecutivo (amígdala, hipocampo, corteza prefrontal y redes frontotemporales).[7,8]

Cuando la amenaza procede de la propia figura de apego, el niño queda en una paradoja neurobiológica: necesita acercarse a quien debería regularle, pero esa misma relación incrementa o no reduce la alarma. Investigaciones recientes con neuroimagen muestran que la sensibilidad materna se asocia con respuestas neurales infantiles a emociones positivas en la corteza prefrontal dorsolateral entre los 5 y 7 meses, región implicada en el control cognitivo y la regulación emocional.[8,11]

PSICOLOGÍA DE LA PARENTALIDAD Y ACES-A

La transición a la maternidad y a la paternidad implica cambios psicológicos, hormonales y cerebrales orientados a detectar señales infantiles y responder de forma protectora. Estas redes de recompensa, mentalización, empatía y regulación emocional sostienen la motivación de cuidado, pero son sensibles al estrés, la depresión, los antecedentes traumáticos y la falta de apoyo.[5,12, 13]

En la madre, la sensibilidad depende de la interacción entre su propia historia de apego, su capacidad de regulación emocional, las características del sueño, la salud mental perinatal, las condiciones socioeconómicas y las características propias del bebé. La depresión posparto, la ansiedad o el trauma no resuelto pueden dificultar la lectura de las señales infantiles y aumentar las respuestas intrusivas o la retirada emocional.[12] En la práctica pediátrica, esto exige observar la díada y preguntar por el estado emocional parental sin culpabilizar. (Capítulo 9)

En el padre, la evidencia reciente muestra que la implicación directa en el cuidado se asocia con cambios neurobiológicos y conductuales relevantes. La sensibilidad paterna también predice seguridad del apego, por lo que la consulta pediátrica debe incluir activamente al padre o segundo cuidador, no como acompañante periférico, sino como figura de apego y regulador potencial del bebé.[6,13]

Los antecedentes de EAI en los cuidadores aumentan la probabilidad de dificultades de crianza y de problemas emocionales en los hijos, pero las relaciones seguras, el apoyo comunitario y la intervención temprana pueden amortiguar y/o interrumpir el ciclo de la adversidad.[14]

PARENTALIDAD POSITIVA Y SALUD RELACIONA

La parentalidad positiva, se refiere «al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño/a» (Recomendación 19 del Comité de ministros del Consejo de Europa (2006) a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad.) (Capítulo 8)

Según esta definición, el objetivo de la tarea de ser padres y madres es el de promover relaciones positivas en la familia, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del niño, de la niña y del adolescente en el seno de la familia y optimizar su desarrollo potencial y su bienestar.

El término de **“salud relacional”** hace referencia a la capacidad de formar y mantener relaciones seguras, estables y enriquecedoras en las que el niño se siente protegido, conectado y competente. Las experiencias relacionales tempranas con adultos comprometidos y sintonizados tienen una profunda influencia en el desarrollo temprano del cerebro del niño. La salud relacional es uno de los factores protectores más potentes frente a los efectos de las EAI. [15]

La parentalidad positiva es una de las herramientas fundamentales para promover la salud relacional. Un apego seguro promueve una óptima salud relacional.

Las experiencias relacionales positivas actúan como factores protectores frente al estrés tóxico.[5] Las relaciones seguras estables y enriquecedoras no solo amortiguan la adversidad y convierten las respuestas de estrés potencialmente tóxicas en respuestas tolerables o positivas, sino que además son el vehículo principal para desarrollar la resiliencia: que permite a los niños enfrentar la adversidad presente y futura de una manera adaptativa y saludable. Estas relaciones son potentes antídotos para la adversidad y su respuesta el estrés tóxico.[15]

La American Academy of Pediatrics (AAP) utiliza con frecuencia la expresión:”Building healthy brains through safe, stable, and nurturing relationships” (Forjar o construir cerebros sanos a través de relaciones seguras, estables y enriquecedoras/nutritivas), así los cerebros sanos se van construyendo en torno a estas relaciones.

Una de las estrategias que la OMS recomienda para prevenir las EAI y su impacto, es fortalecer a las familias, desarrollar y mantener relaciones seguras estables y enriquecedoras[16,17].

IMPLICACIONES DE LAS ACES-A Y LA SALUD RELACIONAL EN EL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL TEMPRANO

Las relaciones seguras, estables y enriquecedoras constituyen un determinante biológico fundamental del desarrollo infantil, ya que favorecen la maduración cerebral, regulan la respuesta al estrés, promueven la resiliencia y protegen frente a los efectos adversos del estrés tóxico y las experiencias adversas en la infancia.[15]

Las ACEs-A afectan al desarrollo socioemocional porque alteran la base desde la que el niño aprende a regularse, explorar, confiar y pedir ayuda. En la primera infancia pueden expresarse como irritabilidad persistente, escasa reciprocidad, dificultades de sueño o alimentación, retrasos en lenguaje social, retraimiento, temor excesivo o búsqueda indiscriminada de contacto. En niños mayores pueden aparecer ansiedad, síntomas depresivos, somatización, problemas de conducta o dificultades atencionales.[1,5,9]

La lectura pediátrica debe ser evolutiva y relacional. Una conducta aislada rara vez permite concluir un problema de apego; lo clínicamente relevante es el patrón: intensidad, duración, contexto, respuesta del cuidador y evolución. El profesional debe diferenciar entre problemas propios del desarrollo, temperamento, neurodivergencia, enfermedad médica, estrés familiar agudo y trauma relacional.

CLAVES PRÁCTICAS PARA LA CONSULTA PEDIÁTRICA

La pediatría ocupa una posición privilegiada porque observa al niño de forma longitudinal, conoce a la familia y puede detectar cambios tempranos antes de que aparezcan cuadros psicopatológicos establecidos.

Desde un enfoque de salud pública se pueden realizar diferentes actividades en la práctica clínica.

A) Desde la consulta se pueden hacer **actividades de Prevención Primaria** dirigidas a mejorar la relación y la crianza, son actividades dirigidas a "toda la población pediátrica" con especial insistencia en la primera infancia.

1.- Promoción Parentalidad positiva (Capítulo 8)

2.- Promoción Salud relacional: es decir, promover **relaciones seguras, estables y enriquecedoras**, ya que actúan como un factor biológico protector que favorece la maduración cerebral, regula el sistema de respuesta al estrés, promueve la autorregulación emocional, facilita el aprendizaje, reduce los efectos del estrés tóxico e incrementa la resiliencia.[15]

- Relaciones seguras (Safe) en las que el niño/a se siente protegido física y emocionalmente y aprende: "Cuando necesito ayuda hay alguien que me protege."

Implican: Ausencia de violencia, Ausencia de miedo, Disponibilidad emocional del cuidador. Contacto físico seguro. Respuestas sensibles a las necesidades del niño y su llanto.

- Relaciones estables (Stable): Se caracterizan por la continuidad y la previsibilidad. La estabilidad permite que el cerebro dedique energía al aprendizaje y al desarrollo en lugar de mantenerse en estado de alerta permanente.

Incluyen: Presencia constante de figuras de apego. Rutinas predecibles. Cuidado consistente a lo largo del tiempo. Participación de ambos cuidadores, promoviendo turnos de descanso parental.

- Relaciones enriquecedoras o nutritivas (Nurturing): Son relaciones afectivas que favorecen activamente el desarrollo, fortalecen las conexiones neuronales responsables del lenguaje, la regulación emocional y las funciones ejecutivas.

Incluyen: ofrecer cariño y afecto. Juego cara a cara y lectura compartida. Reducción de las pantallas en momentos de interacción. Comunicación positiva. Estimulación cognitiva. Validación emocional.

3.- Promoción del buen trato y prevención violencia

B) Actividades de Prevención Secundaria "sobre la población de riesgo".

- Realizar entrevista clínica dirigida a conocer la forma de relación, la existencia de posibles barreras que interfieren en la misma.
Algunas preguntas útiles y no culpabilizadoras para la entrevista pueden ser las siguientes: «¿Qué es lo que más le cuesta al calmarle?», «¿Qué hace el bebé cuando necesita ayuda?», «¿Quién le ayuda a usted cuando se siente desbordado/a?», «¿Ha vivido la familia algo que pueda estar afectando al niño?».
- Detectar Factores de riesgo. Cribado de EAI, pero no como único predictor, evidencia reciente recomienda prudencia con el cribado universal de EAI basado únicamente en puntuaciones acumulativas.[18] (Capítulo 6)
- Observación de la interacción de la diada.
- Conocer las necesidades individuales de cada niño/a en base a sus antecedentes, problemas de salud.
- Conocer las necesidades y expectativas de la familia acerca de su hijo/a y de la crianza. Detectar dificultades en el cuidador/a.
- Promover intervenciones que reparen la relación, desde una perspectiva "multigeneracional", esto significa abordar simultáneamente las necesidades del niño y de sus cuidadores, ya que el bienestar infantil depende de la calidad de las relaciones y de la salud emocional de los adultos responsables de su cuidado; para ello es importante la coordinación interprofesional y la derivando a recursos específicos.
- Detectar situaciones de violencia contra la infancia, Notificar a recursos específicos. Asegurar la protección del bebé.
- Acompañamiento a las familias.

C) Actividades de Prevención Terciaria: Actividades dirigidas a población con sintomatología clínica y sospecha de un Trastorno de Apego.

- Valorar seguridad y Protección del bebé.
- Derivación a recursos específicos para intervenciones especializadas en trauma. (Capítulo 6)
- Actividades orientadas a minimizar las consecuencias de la privación relacional: apoyo a los cuidadores fomentando salud relacional, psicoeducación, acompañamiento coordinado con recursos de salud mental y servicios sociales si el caso lo requiere.

En la tabla 2 se recoge una Guía Práctica de Actuación que puede ser de utilidad en la consulta pediátrica.

CONCLUSIONES

- **Las ACEs-A son una forma específica de adversidad temprana centrada en la relación de cuidado: no se limitan al maltrato explícito, sino que incluyen insensibilidad parental, intrusión, inconsistencia en la respuesta, rechazo o ausencia emocional persistente.**
- **La insensibilidad parental puede favorecer estrategias de apego inseguro; el apego desorganizado representa mayor gravedad, y los trastornos patológicos del apego deben reservarse para casos de cuidado insuficiente grave con alteraciones observables y persistentes del vínculo.**
- **La neurobiología del estrés tóxico muestra que la relación cuidador-bebé regula sistemas fisiológicos centrales: eje HHA, sistema autónomo, circuitos de amenaza y maduración prefrontal.**
- **La maternidad y la paternidad implican cambios cerebrales y psicológicos que favorecen el cuidado sensible, pero pueden verse interferidos por depresión, ansiedad, trauma, estrés social o falta de apoyo.**
- **Una intervención pediátrica práctica para prevenir y detectar precozmente ACEs-A, incluye implementar actividades de prevención, primaria, secundaria y terciaria, tener una mirada comprensiva no culpabilizadora cuando existen barreras en la relación, fomentar la coordinación con recursos de apoyo y el acompañamiento cercano, asegurando el seguimiento.**

RECURSOS

- AAP Early Relational Health:
  https://www.aap.org/en/patient-care/early-childhood/early-relational-health/?utm_source=chatgpt.com
- Nurture Connection
  Early Relational Health (ERH)
  https://nurtureconnection.org/resources/?utm_source=chatgpt.com
- National Academies of Sciences
  Early Relational Health: Building Foundations for Child, Family and Community Well-Being
  https://www.nationalacademies.org/read/29234/chapter/6?utm_source=chatgpt.com
- Circle of Security International
  https://www.circleofsecurityinternational.com/?utm_source=chatgpt.com
  https://www.circleofsecurityinternational.com/pages/what-is-the-circle-of-security?utm_source=chatgpt.com
- HealthyChildren (AAP)
  https://www.healthychildren.org/?utm_source=chatgpt.com
- Apego: Promoción de la Parentalidad Positiva en el Sistema Sanitario Público Andaluz
  https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/salud-vida/programas-salud/paginas/proyecto-apego.html

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra García P, Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Vidal Palacios MC, coordinadores. Manual de atención integral a la infancia vulnerable o en situación de violencia: de la ley a la respuesta de los profesionales. Madrid: Sanz y Torres; Asociación Española de Pediatría Social; 2024.

2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The ACE Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258.

3. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017;2(8):e356-e366.

4. Shonkoff JP, Garner AS; AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e246.

5. Garner AS, Yogman M; AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582.

6. Madigan S, Deneault AA, Duschinsky R, et al. Maternal and paternal sensitivity: key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. Psychol Bull. 2024;150(7):839-872.

7. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. Neurosci Biobehav Rev. 2014;47:578-591.

8. Naeem N, Zanca RM, Weinstein S, et al. The neurobiology of infant attachment-trauma and disruption of parent-infant interactions. Front Behav Neurosci. 2022;16:882464.

9. Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. Dev Psychopathol. 1999;11(2):225-249.

10. Zeanah CH, Chesher T, Boris NW; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(11):990-1003.

11. Stern JA, Kelsey CM, Yancey H, Grossmann T. Love on the developing brain: maternal sensitivity and infants' neural responses to emotion in the dorsolateral prefrontal cortex. Dev Sci. 2024;27(6):e13497.

12. Sierra-García P, Ortiz Carrasco, MA. Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego. Madrid: Síntesis; 2019.

13. Bakermans-Kranenburg MJ, Lotz AM, Alyousefi-van Dijk K, van IJzendoorn MH. Sensitive responsiveness in expectant and new fathers. Curr Opin Psychol. 2023;52:101622.

14. Racine N, Deneault AA, Thiemann R, et al. Intergenerational transmission of parent adverse childhood experiences to child outcomes: a systematic review and meta-analysis. Child Abuse Negl. 2023;145:106479.

15. Garner A, Yogman M; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Council on Early Childhood. Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582.

16. Public Health Institute. Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs): State of the Art and Options for Action [Internet]. Liverpool: Liverpool John Moores University; 2023.

17. World Health Organization. Directrices de la OMS sobre intervenciones parentales para prevenir el maltrato y mejorar las relaciones entre padres e hijos con niños de 0 a 17 años [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 2026 Jun 14]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/553ae21a-9786-445f-9cef-18fac6c02f71/content

18. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Screening for adverse childhood experiences: a critical appraisal. Pediatrics. 2024;154(6):e2024067307.

Tabla 1. Patrones de apego: señales relacionales y significado clínico para pediatría

Patrón	El Cuidado que predomina en la relación	Conducta infantil observable	Significado clínico
Seguro	Cuidado sensible, contingente, protector. Cuidador emocionalmente disponible.	Busca al cuidador ante el malestar, se calma y vuelve a explorar.	Factor protector: el bebé tiene mejor regulación emocional, competencia social y resiliencia.
Inseguro-evitativo	El cuidador rechaza o minimiza el malestar; Cuidador con baja disponibilidad emocional.	Bebé que parece «independiente», evita pedir consuelo a su cuidor, reduce su expresión emocional.	El bebé puede pasar desapercibido en consulta; Existe riesgo de somatización, inhibición emocional o dificultades de establecer relación.
Inseguro-ambivalente	El cuidador responde ante las necesidades del bebé de forma inconsistente e impredecible.	Bebé que presenta llanto intenso, hiperactivación, dificultad para calmarse incluso con el cuidador.	Riesgo de ansiedad, dependencia, hipervigilancia y problemas de regulación.
Desorganizado	El Cuidador es hostil, origina temor. Cuidador muy caótico, puede presentar disociación.	Bebé con conductas contradictorias, puede ser de congelación (estado de inmovilidad), acercamiento con miedo o desorientación.	Mayor asociación con psicopatología, trauma relacional (*)y transmisión intergeneracional. (**) de este patrón de apego.
Apego patológico / trastornos del apego	No hay un cuidador que preste los cuidados o los cuidados que proporciona son muy insuficientes y dañinos. Ausencia de figura que ejerce los cuidados o ésta es muy negligente.	El bebé presenta Retraimiento emocional y escasa búsqueda de consuelo o acercamiento indiscriminado a desconocidos.	No equivale a apego inseguro. Requiere evaluación especializada, observación directa y valoración de seguridad.

(*) Trauma relacional: es el daño que se produce cuando las relaciones de las que el niño depende para sentirse seguro, protegido y regulado son también fuente de miedo, amenaza, negligencia, rechazo o imprevisibilidad.

(**) Transmisión intergeneracional: es el proceso por el cual los patrones de apego de los padres o cuidadores influyen en la forma en que se relacionan con sus hijos, y por tanto , en el tipo de apego que estos desarrollan, es decir “los padres también transmiten las formas de relacionarse, regular las emociones y entender las necesidades afectivas”. Este fenómeno constituye uno de los mecanismos por los que las experiencias tempranas pueden afectar al desarrollo socioemocional a lo largo de varias generaciones

Tabla 2. Guía práctica de actuación en consulta pediátrica

Momento / situación	Qué observar en el bebé o qué preguntar al cuidador/a	Acción pediátrica concreta
Todas las revisiones	Mirada, tono, contacto físico, turnos, capacidad del adulto para calmar, actitud del cuidador/a intrusiva o de retirada.	Nombrar lo observado sin culpabilizar: «Veo que cuando le hablas suave se calma; eso le ayuda a regularse».
0-6 meses	Si existe llanto inconsolable, preguntar por alimentación/sueño, contacto visual, conocer la respuesta parental al malestar.	Explorar en los cuidadores si existe cansancio, depresión/ansiedad posparto, apoyo nocturno y riesgo de sacudida (zarandeo); ofrecer pautas de calma.
6-12 meses	Búsqueda del cuidador, ansiedad ante extraños, reciprocidad, juego cara a cara.	Promover interacción sensible: seguir la iniciativa del bebé, pausas, turnos y voz contingente.
1-3 años	Rabietas, separación, exploración, miedo, lenguaje emocional, límites.	Explicar que la regulación se aprende con co-regulación; límites predecibles y reparación tras conflicto.
Señales de alarma	Rechazo persistente, hostilidad, miedo al cuidador, negligencia, violencia, consumo parental de tóxicos o sospecha de maltrato.	No limitarse a «dar consejos»: valorar seguridad, activar trabajo social, salud mental perinatal/infanto-juvenil o urgencias según riesgo.
EAI o ACE-A identificada	Valorar el impacto actual, si existen recursos protectores, cuidadores disponibles, coordinación con escuela, red familiar de apoyo.	Tres pasos: validar, reforzar protección existente y derivar con seguimiento. Documentar plan y revisar en la siguiente visita.
Sospecha de apego patológico	Historia de negligencia grave, institucionalización, múltiples cuidadores, temor intenso, retraimiento persistente o conducta indiscriminada con extraños (*).	Evitar etiquetar en consulta. Observar al niño con cuidadores y desconocidos, valorar seguridad y derivar a salud mental infantil o unidad especializada.

(*) Conducta indiscriminada con extraños: familiaridad excesiva e inapropiada con personas desconocidas, el niño no distingue adecuadamente entre figuras de apego y personas desconocidas cuando busca protección, consuelo o contacto social (Trastorno de relación social desinhibida DSM-5-TR)

8. Promoción de la parentalidad positiva para la prevención en salud mental. Mensajes para utilizar en la consulta.

Dr. Javier Rodríguez Contreras
Pediatra. Centro de Salud Collado Villalba Estación, Madrid.
Comisión de Parentalidad Positiva del Consejo Local de Derechos de la Infancia y Adolescencia (CLDIA) de Collado Villalba, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La parentalidad positiva ha demostrado ser un factor importante en la promoción de la salud mental infanto-juvenil [1,2]. (Capítulo 3) Viene explícitamente avalada desde 2006 por el Consejo de Europa[3], y forma parte de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud[4]. No debemos obviar que la epidemia de problemas relacionados con la salud mental infanto-juvenil es multifactorial, y que a ella contribuyen en gran medida el modelo actual de sociedad que dificulta la conciliación familiar (entre otros) (Capítulo 4), las experiencias adversas en la infancia (Capítulo 6) y las dinámicas de relación parental que condicionan el desarrollo de vínculos inseguros. (Capítulo 5)
Por ello, en nuestra función de prevención primaria y educación para la salud, debemos dar a la parentalidad el valor que tiene como factor promotor de la salud mental, adquirir formación suficiente en este campo e implicarnos en su promoción desde la etapa prenatal a la adolescencia.

Podemos definir la parentalidad positiva como un comportamiento parental fundamentado en el interés superior del niño, niña o adolescente (NNA) y la generación de vínculos seguros, que cuida y favorece el desarrollo de sus capacidades y autonomía.

Ofrece reconocimiento y orientación (que incluye el establecimiento de límites) para permitir su pleno desarrollo. Este comportamiento no es violento, sino que se basa en la calidez verbal y de trato, en la validación emocional y en el acompañamiento, huyendo de la sobreprotección: Todo ello favorece la regulación emocional y el establecimiento de una base segura para el desarrollo integral del menor. Implica experiencias relacionales positivas, resiliencia familiar y conexión. Para ello el adulto trata de estar presente y disponible, mostrar atención real y escuchar activamente. Da especial importancia a actividades como la lectura y el juego compartido. Implica también no olvidarse de dar valor al autocuidado del adulto cuidador (Capítulo 20) y a trabajar una red social de apoyo adecuada y protectora[3,5,6].

A lo largo de este capítulo se hará un recorrido por las bases fundamentales de la parentalidad positiva, para facilitar la comprensión y argumentación del profesional en su labor de promoción de la salud mental y el buen trato. Para profundizar en el tema y su aplicación, se recomienda consultar las guías de buenas prácticas publicadas.[7,8,9]

SENSIBILIZACIÓN

Un gran porcentaje de progenitores funciona, en su labor de acompañamiento de los NNA, según su “instinto” o “sentido común”. Pero este “sentido común” viene condicionado, entre otros, por el aprendizaje inconsciente de las propias vivencias durante su infancia, al cuidado de sus progenitores. Por tanto, es preciso que los padres reflexionen sobre cómo están actuando con sus hijos y qué objetivos tienen, para potenciar lo positivo y cuestionar lo que no funciona. Los pediatras estamos en una posición privilegiada para facilitar desde las primeras visitas del recién nacido y a lo largo de toda la infancia, que los progenitores se sensibilicen sobre este aspecto. (Capítulo 3) Animarles a querer aprender y mejorar su labor educadora, sin caer en la culpa, ni en un perfeccionismo inalcanzable.

EXPECTATIVAS. ACEPTACIÓN. AUTOCONCEPTO

Padres y madres generan, de manera más o menos consciente, expectativas sobre la paternidad o maternidad partiendo de su propia experiencia vital y de la imagen ideal que la sociedad vende de “la familia perfecta”. Ayudar a que dichas expectativas sean realistas puede reducir el sentimiento de frustración e incompetencia. También se generan expectativas sobre los propios hijos que, mal gestionadas, supondrán una dificultad en la crianza, ya que impedirán verlos y aceptarles tal y como son.
(Capítulo 4) Es importante aceptar al NNA como ser único, con sus virtudes y defectos, sus fortalezas y vulnerabilidades. Esto es básico para que, a su vez, el NNA pueda ir generando un autoconcepto saludable, que le permita valorar sus fortalezas y aceptar con compasión sus limitaciones: Lograrlo implica no avergonzarse, engañarse, esconderse, ni pretender convertirse en otro. También, responsabilizarse de lo que hace y siente, conocerse y aceptarse con ganas de mejorar, y entender la importancia del respeto a la propia dignidad y a los derechos de quienes le rodean.

MODELO DE AUTORIDAD. EQUILIBRIO ENTRE LÍMITES Y AFECTO.

El concepto de autoridad es distinto de “autoritarismo”, que tiene una connotación negativa. La autoridad es necesaria en la crianza e implica guiar, orientar, enseñar a tomar decisiones y establecer límites que generen equilibrio, desde el respeto mutuo y la confianza.

El modelo de crianza autoritario (esta vez sí, relacionado con autoritarismo) implicaría que la mayor parte del tiempo los progenitores están emitiendo órdenes, teniendo como objetivo simplemente la obediencia. El modelo sobreprotector implica un exceso de permisividad, sin establecer límites adecuados y sin enseñar a recibir y aceptar un “no”. Ambos modelos serían extremos opuestos de un desequilibrio entre límites y afecto. Ambos son perjudiciales, ya que dificultan el desarrollo de una autorregulación adecuada del comportamiento y contribuyen a una peor salud emocional a largo plazo.

El establecimiento de límites es uno de los pilares de la parentalidad positiva. Los límites, establecidos desde el cariño y el respeto, aportan seguridad al mostrar a los NNA el marco en el que pueden desarrollar su libertad. Cuando por edad (o capacidad) se pueda, hay que consensuarlos con ellos. Resulta razonable que los límites lleven aparejadas consecuencias, conocidas de antemano, lo más naturales, inmediatas y proporcionadas posible. Pero además de límites, es importante que abunden en el día a día el afecto y las muestras visibles y explícitas de cariño (con presencia real y evitando los regalos materiales como sinónimo de amor). Por tanto, el mejor modelo de autoridad será el que cuide un adecuado equilibrio entre límites y afecto.

COHERENCIA

Si existe crianza compartida entre dos progenitores o cuidadores, es importante que los mensajes que reciban los NNA sean coherentes entre sí. Los desacuerdos entre adultos deben resolverse en privado.

También debe existir coherencia entre lo que un adulto dice y lo que hace (los niños aprenden mucho más de lo que hacemos los adultos, que de lo que decimos). Que la actitud del adulto sea congruente en el tiempo, es fundamental.

COMUNICACIÓN POSITIVA

La comunicación positiva no tiene que ver con emitir sermones o con tener "la conversación". Tiene que ver con escuchar. Se trata de algo que "se respira", un ambiente respetuoso, en el que predominan el afecto, la disponibilidad, la apertura y el interés por una conexión real. El adulto da importancia al hecho de que un NNA quiera contar algo, mostrando un interés sincero por entender lo que quiere transmitir. Requiere disponibilidad y presencia real. Los NNA tratan de comunicarse muchas veces en momentos en los que el adulto está ocupado con alguna tarea. Tratar de dar prioridad en la medida de lo posible al momento de comunicación y hacer un paréntesis para prestar atención a lo que el NNA quiere transmitir, es una virtud a cultivar. Tener en el día a día de manera rutinaria y natural espacios en los que pueda fluir el diálogo (comidas o cenas conjuntas sin tecnología, paseos, trayectos de coche, el momento previo a acostarse, un rato de juegos, etc.) facilitará al NNA saber que será atendido.

En la comunicación debe primar el interés por comprender al NNA y hacer que se sienta escuchado y acogido. Es bueno acallar el impulso del adulto de dar inmediatamente soluciones y opiniones. Utilizar preguntas abiertas puede facilitar que las soluciones se le ocurran al propio NNA, y eso es siempre deseable. En caso de intervenir el adulto, es bueno tratar de utilizar lenguaje en positivo, resaltando o poniendo el foco en actitudes positivas del NNA. El adulto debe evitar las generalizaciones, el sarcasmo, las comparaciones y los encasillamientos o etiquetas (se debe poner el foco en la conducta: ej. un NNA "ha actuado" de manera inadecuada, pero no "es" malo).

VALIDACIÓN EMOCIONAL

Validar la emoción implica aceptar y entender que la otra persona se siente de una determinada manera, sin juzgar dicha emoción. Deben evitarse comentarios tan comunes como "no estés triste", "eso es una tontería", "no te enfades" o "no es para tanto, ya se te pasará". (Capítulo 7)
Este tipo de actitudes invalidan a la persona, ya que le transmiten la idea de que su emoción es errónea, o que tiene la culpa de sentirse de una determinada manera. Las emociones, como los impulsos, simplemente "ocurren". Negarlas o juzgarlas hará sentir incapacidad, vergüenza o culpa, cuestionando a veces su salud mental.

AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL. RABIETAS

El autocontrol y la autorregulación son importantes para poder transitar adecuadamente las emociones que nos surgen como adultos al escuchar a los NNA. Una emoción surge de manera espontánea en el interior y, si no se es consciente de ella, puede desbordarse y guiar la conducta de forma indeseable. Es positivo que adultos y niños se entrenen en poner consciencia y nombrar las emociones que les surgen, así como adquirir herramientas de autorregulación: respiración consciente, pintar, escuchar música, pasear, naturaleza, una ducha, deporte, etc. (Capítulo 19) Esto permitirá "responder" de manera más sosegada, razonar sobre la situación y decidir la conducta sin "reaccionar".

La capacidad para la autorregulación emocional y el control de los impulsos depende del desarrollo de la corteza prefrontal, una de las áreas del cerebro que más tarda en madurar. Aunque su desarrollo es progresivo, suele terminar pasados los 20-25 años. Por ello en la infancia y adolescencia hay un desequilibrio de fuerzas entre la parte impulsiva-emocional y la parte racional que permite la autorregulación. La inmadurez es mayor en los primeros años de vida, cuando aparecen las rabietas. Éstas son expresiones conductuales de un desbordamiento emocional intenso o explosivo normalmente a raíz de alguna frustración por no conseguir algo que se desea. El papel de acompañamiento del adulto consiste en "compartir su corteza prefrontal" con el menor: no tener como objetivo principal que la rabieta ceda cuanto antes, sino autorregular como adulto la propia frustración o indignación ante la rabieta, validar la emoción del niño o niña, transmitir seguridad y serenidad, y ofrecerle acogimiento para cuando sienta que está preparado. Si todo empezó porque al niño o niña se le planteó un límite, es importante no romper éste con intención de que la rabieta ceda antes. Hecho desde la serenidad, el cariño y sin enfados, generará aprendizaje y refuerzo de la conexión. Este desequilibrio entre impulsividad-emoción y racionalidad-autorregulación también ocurre en la adolescencia. Resulta imprescindible, por tanto, tenerlo en mente para evitar llevar las discrepancias o conflictos lógicos con los adolescentes al terreno de "lo personal".

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La tendencia a la sobreprotección es uno de los problemas actuales más frecuentes y muchas veces invisible a ojos de la mayoría de padres y madres. Es un determinante de intolerancia a la frustración, que influye en la epidemia actual de trastornos del estado del ánimo. La sobreprotección implica no permitir a los NNA que vivan y experimenten experiencias desagradables lógicas de la vida, las consecuencias de sus actos o situaciones problemáticas. Madres y padres (casi siempre guiados por su propia angustia al ver a sus NNA pasar un mal rato) tienden a evitarles cualquier sufrimiento. Pero, como cualquier habilidad, la capacidad para sobreponerse ante una situación que no resulta cómoda debe ser entrenada. En el día a día aparecen dificultades que debemos permitir que enfrenten en la medida de sus posibilidades. Situaciones comunes como no haber apuntado las tareas escolares (hecho que debería implicar el aprendizaje en responsabilidad tras vivir una situación desagradable por no llevarlas hechas al centro educativo) son neutralizadas por muchos padres, que se encargan de solucionarlo. Algunos adultos acuden incluso a las revisiones de exámenes universitarios de sus hijos mayores de edad. Pequeños conflictos cotidianos con iguales, muchos de ellos en el ámbito educativo, siempre que no se enmarquen en una situación de acoso (Capítulo 11) suponen también una posibilidad de aprendizaje y desarrollo de resiliencia para los NNA, que deberíamos facilitar.

El acompañamiento del adulto en este tipo de situaciones pasa por la validación de la emoción y por plantear preguntas al NNA que estimulen su propia búsqueda de soluciones. En la vida siempre habrá problemas y vivencias desagradables, que se deben transitar, sabiendo que es posible adaptarse, avanzar, sentir paz, bienestar y realización personal.

RESPONSABILIDAD, AUTONOMÍA Y ESFUERZO

El desarrollo de la responsabilidad y la autonomía personal se ve dificultado también por la sobreprotección. En el deseo de ayudar a los NNA, muchos adultos no ven que, al facilitarles todo, contribuyen a que se perciban como inútiles, incapaces e inseguros. A medida que poco a poco un NNA va siendo capaz de hacer determinadas cosas por sí mismo (comer, vestirse, hacer su cama, atarse los zapatos...) es positivo felicitar y animar a que siga haciéndolo. Según la edad, es importante que asuman algunas tareas de la casa para contribuir al funcionamiento del hogar. El foco no debe estar, en general, en el resultado de lo que hacen, sino en el esfuerzo llevado a cabo. Reconocer los esfuerzos y no sólo los logros, es importante. Educar en el esfuerzo implica, además, tratar de evitar el lenguaje negativo con el que,

como adultos, solemos referirnos al que tenemos que realizar nosotros mismos en el día a día.

CONFLICTO INTRAFAMILIAR

Es lógico que surjan conflictos ocasionalmente entre los NNA y los adultos dentro de la familia (establecemos límites y normas, hacemos que asuman responsabilidades o las consecuencias de los propios actos, etc.). El conflicto no es negativo en sí mismo; es una consecuencia natural de la convivencia y constituye una oportunidad de crecimiento, siempre que se gestione de forma adecuada. Aplicar las estrategias mencionadas sobre comunicación positiva y autorregulación emocional, es básico. El eje de funcionamiento debería ser un diálogo real, en el que cada uno tiene ocasión de expresar su visión, emociones y necesidades sin ser juzgado. Diálogo en el que se proponen, por parte de todos, distintas soluciones (que tampoco se juzgan) que se tienen en consideración, que se debaten y que llevan en general a una solución consensuada. Para ello es preciso esforzarse en generar espacios de diálogo y escucha real.

SER MODELO Y EJEMPLO

Los adultos cuidadores somos el modelo de conducta: "Los niños y niñas no hacen lo que les decimos que hagan; hacen lo que hacemos". Se debe animar a los adultos a parar, analizar la propia conducta (hábitos, lenguaje, actitudes) para ser conscientes de ella y reflexionar sobre posibles acciones que permitan corregirla o mejorarla. Una buena autorregulación del adulto facilitará los cambios y ayudará además a que el niño o niña aprenda a autorregularse. (Capítulo 5) Para ello será bueno reflexionar sobre las propias carencias como adulto, la propia vulnerabilidad, los elementos que desbordan, así como las herramientas que tenemos para avanzar.

AUTOCUIDADO Y RED SOCIAL DE APOYO

El desbordamiento emocional que sufren infinidad de padres y madres en el contexto social actual dificulta (e incluso impide) poder acompañar adecuadamente a los NNA. (Capítulo 4) Es preciso entender que, siendo prioritario proteger el bienestar superior del menor (Capítulo 1), los adultos también necesitan tener cubiertas sus necesidades básicas. Pero la sociedad actual empuja para imponer varias necesidades más a los adultos (de éxito, de belleza, de imagen de familia perfecta), que no ayudan al bienestar. Es necesario encontrar momentos de parar, de silencio y de desconexión para conectar con las propias sensaciones, las propias ideas, los propios valores y ser conscientes de cómo nos sentimos, actuando en consecuencia (pidiendo ayuda, incluso profesional, si es preciso). (Capítulo 20) También hay que darse cuenta de que no somos perfectos (los padres no deben ser perfectos, sino "suficientemente buenos") y de que no podemos con todo (duelo de omnipotencia). Esta reflexión debe llevarnos a priorizar lo importante y huir de lo superficial.

Cuando la crianza se hace en pareja, resulta esencial dar valor al cuidado de la relación, siendo conscientes de que tener hijos la hará madurar y evolucionar hacia otra etapa distinta. A pesar de que, en los primeros meses de un bebé, la pareja pasa a un segundo plano, es preciso ir encontrando el modo de reservar espacio y tiempo para el cuidado mutuo entre adultos. En caso de que la relación de pareja finalizase, será fundamental cuidar cómo se lleva a cabo el proceso. (Capítulo 10)

El apoyo social ("la tribu") es fundamental para la crianza. Muchas necesidades de adultos y NNA (logísticas, de descarga emocional, de pertenencia, de sensación de seguridad) pueden verse atendidas compartiendo espacio y tiempo reales con otros (familiares, amigos, vecinos, grupos con intereses comunes, otras familias con niños, etc.). Resulta imprescindible esforzarse en ir generando redes de apoyo saludables. Ante situaciones de vulnerabilidad (que pueden dificultar este apoyo social) es importante saber que los Servicios Sociales municipales tienen entre sus funciones facilitar la inserción social. Puede ser interesante remitir a estos servicios a muchas familias, para estimular la ampliación de su red social, e incluso para trabajar las dinámicas familiares con profesionales de Educación de Familia.

DISCULPARSE Y REPARAR EL DAÑO

Ser siempre perfectos como padres o madres no sólo es imposible, sino que sería perjudicial. Es positivo que los NNA puedan percibir a sus adultos cuidadores como personas reales, con sus virtudes, sus defectos y entender que se pueden equivocar. Muchos adultos fueron educados, siendo niños, sin escuchar una sola disculpa de sus entonces adultos cuidadores. En épocas pasadas se ha malentendido la disculpa como signo de debilidad, que podría quebrar la autoridad. Esta concepción sigue vigente. Pero es innegable que a veces como adultos actuamos de manera poco deseable (gritos, miradas, sarcasmo, comentarios hirientes). En esos momentos, la tensión de la situación desborda las herramientas de autorregulación que tenemos. Pero siendo humano y comprensible, estas acciones generan un daño.

Ser consciente de este daño no debe centrarse en la culpa (factor que puede bloquear al adulto y poner en riesgo su equilibrio emocional); debe estimular para repararlo a través de una disculpa sincera. El adulto puede expresar con calma, honestidad y sin dramatismo su pesar por no haber logrado controlar adecuadamente su conducta. A la par, expresar lo que espera del comportamiento del NNA. Disculparse sinceramente contribuye a reparar el vínculo emocional, resulta liberador para el adulto, aminora su sensación de culpa (que tan difícil es de gestionar) y supone un excelente ejemplo del que el NNA aprenderá para su propia conducta futura.

CONCLUSIONES

- **La parentalidad positiva constituye un factor protector principal de la salud mental.**
- **Pone el foco en el bienestar superior del menor y en un acompañamiento que favorezca la generación de vínculos seguros y un desarrollo integral.**
- **Trata muchos y variados aspectos, tales como la revisión de expectativas y funcionamiento del adulto, el buen trato, la comunicación positiva, la validación y regulación emocional, el establecimiento de límites, la resolución de conflictos y problemas, el estímulo de la autonomía, la responsabilidad y el esfuerzo, así como el autocuidado del adulto y la búsqueda de una red social de apoyo.**
- **Los pediatras y la enfermería pediátrica debemos adquirir herramientas para fomentar dinámicas de parentalidad positiva en las familias, y aplicarlas en la práctica habitual, especialmente en los programas de salud infantil.**

RECURSOS

- Familias en Positivo. Plataforma on-line impulsada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 y la Federación Española de Municipios y Provincias para promover el ejercicio positivo de la parentalidad.
  Disponible en: https://familiasenpositivo.org

- Decálogo del buentrato a la infancia y adolescencia: 10 claves para la parentalidad positiva. FAPMI-ECPAT España.
  Disponible en: https://fapmi.es/wpfd_file/decalogo-del-buentrato-10-claves-para-la-parentalidad-positiva/

- Guía de recursos de apoyo a las familias en su labor educativa y Decálogo de la Parentalidad Positiva. Comisión de Parentalidad Positiva del CLDIA de Collado Villalba.
  Disponibles en: https://www.colladovillalba.es/parentalidad-positiva

- Decálogo de Parentalidad Positiva. Colegio Profesional de la Psicología de Aragón.
  Disponible en: https://www.coppa.es/gestor/uploads/boletines/Parentalidad+Positiva.pdf

- Web https://unaf.org/ de la ONG UNAF (Unión de Asociaciones Familiares). Con multitud de recursos (infografías, vídeos, guías) para padres y madres, pero también para los NNA.

- Libro: Criar con salud mental, de María Velasco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Mber R. Parents in Prevention: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Parenting Interventions to Prevent Internalizing Problems in Children From Birth to Age 18. Clin Psychol Rev. 2016;50:138-158.

2. Chen Y, Haines J, Charlton BM, VanderWeele TJ. Positive Parenting Improves Multiple Aspects of Health and Well-Being in Young Adulthood. Nat Hum Behav. 2019;3(7):684-691.

3. Recomendación (2006) 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad. Disponible en: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/recomendacionConsejoEurop2006df_0.pdf

4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.
Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm

5. American Psychiatric Association. Social Determinants of Mental Health in Children and Youth [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. Disponible en: https://www.psychiatry.org/getattachment/a03e07c5-bba9-4ac7-b434-9183b1e0b730/Resource-Document-Social-Determinants-of-Mental-Health-Youth.pdf

6. Garner A, Yogman M; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Council on Early Childhood. Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582.

7. Rodrigo MJ, coord. Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: un recurso para apoyar la práctica profesional con familias. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); 2015.
Disponible en: https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_2015.pdf

8. Rodrigo MJ, Byrne S, Rodríguez G, García M, Álvarez M, Gutiérrez-Rodríguez N, et al. Guía de buenas prácticas para el entorno digital profesional en parentalidad positiva: recurso evaluativo-formativo para mejorar el apoyo a la infancia, adolescencia y familias mediante el uso de tecnologías digitales. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2026.
Disponible en: https://www.edigital.familiasenpositivo.org/wp-content/uploads/2026/01/guia-de-buenas-practicas.pdf

9. Rodrigo MJ, Máiquez ML, Martín JC. La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); 2010.
Disponible en: https://familiasenpositivo.org/system/files/eduparentalreceducativo.pdf

9. La importancia de evaluar la salud mental de los padres en las revisiones de niño sano: una oportunidad preventiva para la salud pediátrica.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- La salud mental (SM) y el estado emocional de los progenitores durante la crianza, es un predictor potente del desarrollo emocional y conductual de sus hijos.
- La "patología de la relación" que se establece entre padres e hijos cuando los padres presentan dificultades psicológicas mantenidas, es una espiral que se retroalimenta, afectando a todos.
- La evaluación del bienestar psicológico de los padres, es una forma de fomentar la SM de los hijos, si se ofrece apoyo y acompañamiento.
- Los pediatras tenemos la oportunidad de identificar dificultades emocionales familiares, pudiendo contribuir a la mejor calidad y calidez de la crianza.

INTRODUCCIÓN

La evidencia acumulada durante las últimas tres décadas demuestra que la salud mental de los cuidadores es uno de los predictores más potentes del desarrollo emocional, conductual, cognitivo y físico de los hijos.[1,2] La depresión, la ansiedad, el estrés crónico y otras dificultades psicológicas de los progenitores influyen directamente sobre la calidad de la crianza, la relación de apego (Capítulo 5), la regulación emocional infantil y la capacidad familiar para afrontar las demandas evolutivas de la infancia y la adolescencia.[3]

Paradójicamente, mientras la Pediatría internacional ha incorporado de forma progresiva herramientas de cribado para detectar problemas emocionales en niños y adolescentes, la evaluación sistemática del bienestar psicológico de los padres continúa siendo excepcional fuera del periodo posparto.[1] Esta situación contrasta con las recomendaciones más recientes de la American Academy of Pediatrics (AAP), que consideran a la familia como la verdadera unidad de atención ("el paciente es la familia") y reconocen el papel del pediatra en la identificación de factores parentales que afectan a la salud infantil.[4]
La consulta pediátrica ofrece una oportunidad única para detectar dificultades emocionales familiares. Durante los primeros años de vida, muchas familias mantienen más contacto con el pediatra que con cualquier otro profesional sanitario.

Aprovechar esta relación longitudinal para identificar situaciones de vulnerabilidad parental puede contribuir a mejorar los resultados de salud tanto de los padres como de sus hijos.

LA SALUD MENTAL PARENTAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD INFANTIL

La relación entre salud mental parental y bienestar infantil es compleja y bidireccional. Los trastornos emocionales de los padres no solo afectan al funcionamiento familiar, sino que modifican la experiencia cotidiana de los hijos y su desarrollo neurobiológico.[2]

Los progenitores con depresión suelen mostrar menor sensibilidad emocional, menor capacidad de respuesta ante las necesidades del niño y mayores dificultades para mantener interacciones positivas y consistentes. Estas alteraciones pueden traducirse en estilos educativos más coercitivos, menos afectivos o más impredecibles.[3] (Capítulo 8) (Capítulo 5)

Los estudios longitudinales muestran que los hijos de padres con depresión presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, depresión, problemas conductuales y dificultades de adaptación social.[2] Asimismo, la persistencia de síntomas depresivos parentales se asocia con peores resultados académicos, menor autoestima y mayores tasas de psicopatología durante la adolescencia.[5]

La influencia parental también se ejerce a través de mecanismos biológicos. La exposición prolongada a entornos familiares caracterizados por estrés crónico puede generar alteraciones en los sistemas neuroendocrinos responsables de la respuesta al estrés. Este fenómeno, conocido como estrés tóxico, se ha relacionado con cambios duraderos en la arquitectura cerebral y con un incremento del riesgo de problemas físicos y psicológicos a lo largo de la vida.[6]

(Capítulo 3). Además, la relación es bidireccional. Los niños con trastornos emocionales, conductuales o del neurodesarrollo generan mayores demandas de cuidado, lo que incrementa el estrés familiar y favorece la aparición o el empeoramiento de síntomas psicológicos en los cuidadores. Cuando ambas situaciones coexisten y permanecen sin tratamiento, los resultados suelen ser especialmente desfavorables.[1]

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN PARENTAL SEGÚN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS

EMBARAZO Y PERIODO PERINATAL

La influencia de la salud mental parental comienza incluso antes del nacimiento. La depresión y la ansiedad durante el embarazo se han asociado con alteraciones en el desarrollo fetal, parto prematuro y dificultades posteriores de regulación emocional.[7]

Tras el nacimiento, la depresión posparto representa una de las complicaciones más frecuentes del periodo perinatal.

La disminución de la sensibilidad parental y las dificultades para establecer interacciones afectivas adecuadas pueden interferir en la formación de un apego seguro y en el desarrollo socioemocional temprano.[8] (Capítulo 5) (Capítulo 6) (Capítulo 7).
Aunque tradicionalmente la atención se ha centrado en las madres, la depresión paterna también constituye un factor de riesgo importante.

Los estudios muestran que los hijos de padres con depresión presentan mayores tasas de problemas conductuales, dificultades emocionales y síntomas depresivos posteriores.[9]

PRIMERA INFANCIA

Los primeros cinco años de vida representan una etapa de extraordinaria plasticidad cerebral. Durante este periodo, la calidad de las interacciones con los cuidadores tiene una influencia decisiva sobre el desarrollo cognitivo y emocional. La depresión parental durante esta etapa se ha asociado con retrasos del lenguaje, alteraciones de la regulación emocional, problemas del sueño, dificultades de socialización y conductas oposicionistas.[2] Además, los padres con sintomatología depresiva suelen participar menos en actividades de estimulación temprana, lectura compartida y juego interactivo.

EDAD ESCOLAR

Durante la etapa escolar, las consecuencias de la depresión parental suelen manifestarse mediante dificultades académicas, baja autoestima y problemas de adaptación social. La supervisión de tareas escolares, la implicación educativa y el apoyo emocional pueden verse comprometidos cuando los cuidadores presentan problemas psicológicos persistentes.[5] Los niños expuestos a depresión parental crónica presentan una mayor probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos y depresivos durante esta etapa, incluso después de controlar otros factores de riesgo socioeconómicos.[2]

ADOLESCENCIA

La adolescencia constituye una etapa especialmente vulnerable debido a la aparición de nuevos retos evolutivos, conflictos familiares y trastornos mentales emergentes. La coexistencia de depresión parental y problemas emocionales en el adolescente puede generar ciclos de retroalimentación negativa. Los síntomas parentales dificultan la supervisión y el apoyo emocional, mientras que los problemas del adolescente incrementan el estrés familiar. Diversos estudios han demostrado que esta combinación se asocia con mayor riesgo de autolesiones, conductas suicidas y trastornos depresivos persistentes.[10]

MÁS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

En los últimos años se han producido avances significativos en la detección de la depresión posparto, especialmente gracias a la incorporación de programas de cribado durante los primeros meses de vida. Sin embargo, limitar la evaluación de la salud mental parental al periodo perinatal supone ignorar una parte importante del problema.[1].

La prevalencia de síntomas depresivos puede mantenerse durante años después del nacimiento de un hijo. Además, factores como las dificultades económicas, las enfermedades crónicas infantiles, los trastornos del neurodesarrollo o los problemas de salud mental en los hijos pueden desencadenar o agravar problemas psicológicos parentales en cualquier momento de la crianza.[4] (Capítulo 4)

Las recomendaciones más recientes de Bright Futures amplían la evaluación psicosocial familiar a lo largo de toda la infancia y adolescencia, reconociendo que las necesidades emocionales de los cuidadores evolucionan paralelamente al desarrollo de los hijos.[4]

HERRAMIENTAS DE CRIBADO EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Una de las principales barreras identificadas por los pediatras es la percepción de falta de tiempo. Sin embargo, existen herramientas breves y fácilmente aplicables.

El PHQ-2 es probablemente el instrumento más sencillo. Consta de únicamente dos preguntas y puede completarse en menos de un minuto. Su objetivo es detectar síntomas depresivos que posteriormente puedan evaluarse con mayor profundidad.

Para niños menores de cinco años, el programa SEEK (Safe Environment for Every Kid) constituye una de las estrategias mejor estudiadas en Atención Primaria. Este modelo permite detectar depresión parental, estrés significativo, inseguridad alimentaria, violencia interpersonal y consumo de sustancias mediante un único cuestionario estructurado (ver recursos). Los ensayos clínicos realizados con SEEK han demostrado reducción del maltrato infantil y mejora de las prácticas parentales.[11]

No obstante, la herramienta más importante continúa siendo la conversación clínica. Preguntas abiertas en un clima de seguridad como “¿Qué tal estás llevando la crianza?” o “¿Ha habido cambios importantes en la familia desde la última consulta?” pueden proporcionar información valiosa sin prolongar significativamente la consulta (o si).[1]

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN ESPAÑA

Algunos profesionales expresan preocupación sobre qué hacer ante un resultado positivo. Sin embargo, identificar el problema ya constituye una intervención clínica relevante. La validación emocional, la escucha activa y la orientación hacia recursos adecuados pueden mejorar la disposición de los padres para buscar ayuda. Es importante explicar que el objetivo no es diagnosticar a los progenitores, sino identificar factores que puedan influir sobre la salud del niño. La coordinación con atención primaria de adultos, salud mental comunitaria, trabajo social y recursos municipales resulta esencial para garantizar una respuesta adecuada.

La incorporación de la salud mental parental a las revisiones pediátricas plantea cuestiones éticas relevantes. Desde el principio de beneficencia, identificar factores familiares que afectan al bienestar infantil constituye una actuación coherente con la misión preventiva de la Pediatría. Sin embargo, esta intervención debe equilibrarse con el respeto a la autonomía y la privacidad de los progenitores.[12]

La legislación española reconoce el derecho de los pacientes a recibir información adecuada y a decidir libremente sobre las actuaciones sanitarias que les afectan.[13] (Capítulo 1) Por ello, cuando se utilizan cuestionarios o procedimientos estructurados de cribado, resulta recomendable informar previamente a los padres sobre su finalidad y utilización clínica.

La información relativa a la salud mental constituye una categoría especial de datos protegidos por el Reglamento General de Protección de Datos y por la Ley Orgánica 3/2018.[14] Por tanto, únicamente deben registrarse aquellos aspectos que resulten clínicamente relevantes para la atención del menor.

El principio del interés superior del niño constituye el marco ético fundamental para justificar la exploración de factores familiares. Cuando una situación parental compromete significativamente la seguridad o el bienestar infantil, el pediatra tiene la responsabilidad profesional de promover las actuaciones necesarias, incluyendo la coordinación con servicios de salud mental, trabajo social o protección de menores, cuando sea preciso.[15]

Es importante subrayar que el objetivo del cribado no es convertir al pediatra en especialista en salud mental de adultos, sino identificar factores de riesgo que puedan afectar a la salud del niño y facilitar el acceso a los recursos adecuados.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La evidencia disponible permite formular varias recomendaciones aplicables a la Pediatría de Atención Primaria:

-Incorporar preguntas sistemáticas sobre bienestar familiar en las revisiones de salud.
-Considerar el uso del PHQ-2 ante factores de riesgo o sospecha clínica.
-Evaluar de forma específica a los cuidadores de niños con enfermedades crónicas, prematuros, gemelares o trastornos del neurodesarrollo.
-Incluir activamente a los padres y otros cuidadores principales en la valoración familiar.
-Mantener actualizado un directorio de recursos comunitarios y de salud mental.
-Establecer circuitos de coordinación con Atención Primaria de adultos y servicios de salud mental.

CONCLUSIONES

- La salud mental de los padres constituye uno de los determinantes más importantes de la salud infantil y adolescente.
- La depresión, la ansiedad y el estrés parental influyen de forma significativa sobre el desarrollo emocional, conductual y físico de los hijos.
- La consulta pediátrica representa una oportunidad privilegiada para identificar estas dificultades por el contacto continuado con su pediatra durante años.
- La incorporación de preguntas breves o herramientas de cribado sencillas puede facilitar la detección precoz y contribuir a mejorar los resultados de salud familiar.

RECURSOS

- PHQ-2 en: https://sangerpediatricsca.com/wp-content/uploads/2021/06/PHQ-2-Spanish.pdf
- PHQ-9 en: https://www.sbirtoregon.org/wp-content/uploads/PHQ-9-spanish-pdf.pdf
- SEEK parent questionnaire. Disponible en: https://medicine.tulane.edu/sites/default/files/SEEK%20PQ%20Espanol%20.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Aron EJ. The Case for Screening Parents at the Pediatric Visit. Medscape. 2026.

2. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011;14(1):1-27.

3. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology. JAMA. 2006;295(12):1389-98.

4. American Academy of Pediatrics. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 4th ed. Itasca (IL): AAP; 2022.

5. Beardslee WR, Gladstone TR, O'Connor EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:1-26.

6. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e246.

7. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 2014;384:1800-19.

8. Earls MF, Yogman MW, Mattson G, Rafferty J. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. Pediatrics. 2019;143(1):e20183259.

9. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development. Lancet. 2005;365(9478):2201-5.

10. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(2):157-77.

11. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the SEEK model. Pediatrics. 2009;123(3):858-64.

12. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press; 2019.

13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

14. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

15. Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

10. Divorcio conflictivo y su repercusión en la salud mental de los hijos.

Dra. Celia Alcántara Rey
Residente de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Dra. Lefa S. Eddy
Pediatra y Psiquiatra infantil y de la Adolescencia. Hospital HM Nens, Servicio de Psiquiatría. Barcelona.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- Un alto porcentaje de los niños que atendemos en nuestras consultas son hijos de padres en conflicto.
- Debemos conocer las consecuencias que puede ocasionar el divorcio conflictivo en los hijos.
- La intervención temprana del Pediatra puede reducir la hostilidad parental y ayudar a padres e hijos a sobrellevar las dificultades que se vayan presentando.

INTRODUCCIÓN

Las separaciones y divorcios en España se acercan al 50% del total de matrimonios celebrados[1], duplicándose la tasa de divorcios en los últimos 20 años: pasamos de 0.9 divorcios por cada 1000 habitantes en el año 2000, a una tasa de 1.8 en 2024[2].

Existen guías que ayudan a los padres a hacer separaciones "conscientes y maduras" donde se tienen en cuenta sus responsabilidades y las necesidades y derechos de sus hijos. (Ver apartado "Recursos para padres").

Gracias a la posición estratégica del Pediatra, se puede proporcionar orientación adecuada a estas familias, atenuando el impacto emocional negativo[1].

DEFINICIÓN DE DIVORIO CONFLICTIVO

Toda separación o divorcio es un cambio significativo. Aunque el divorcio disuelva el vínculo conyugal no lo hace con el de parentalidad[1]. El ideal es que los padres sigan cumpliendo conjuntamente sus funciones de crianza (coparentalidad) de forma "suficientemente buena" y responsable.

En 1997 Glasserman estableció las diferencias entre el divorcio colaborativo, en el que prima el cuidado y protección de los hijos; frente al conflictivo[3]. Este último también llamado difícil o destructivo, se caracteriza por un alto nivel de hostilidad, litigio prolongado y dificultades de colaboración entre los progenitores. Expone a los hijos a un ambiente tóxico, creándoles conflictos de lealtad. Lo dañino son las disputas constantes entre los progenitores, delante y/o involucrando a sus hijos[3]. Entre el 5-25% de divorcios son conflictivos en Europa[4]. Esta instrumentalización de los niños, niñas y adolescentes (NNA), es un maltrato en el que se vulneran necesidades vinculares y derechos[5].

MARCO LEGAL

Como pediatras, hay que conocer algunos conceptos legales. Diferenciar entre separación y divorcio. Mientras que la separación es la interrupción del vínculo conyugal sin que desaparezca el vínculo legal del matrimonio, en el divorcio hay una disolución del mismo, pudiendo cualquiera de los cónyuges volver a contraer matrimonio[6].

Cuando se inicia el proceso de disolución de la pareja han de quedar definidas una serie de medidas que regulen la nueva situación de cónyuges e hijos. Estas medidas quedan recogidas en el convenio regulador, acordado de mutuo acuerdo por ambos cónyuges o por el juez[7].

- **La patria potestad:** Conjunto de derechos y deberes del padre y de la madre sobre los hijos reconocidos legalmente. En la mayoría de disoluciones, sigue siendo compartida. Puede ser retirada o suspendida por sentencia judicial. Puede ser restituida.
- **Guarda y custodia:** Determina con qué progenitor van a vivir los hijos tras la disolución y/o separación matrimonial. Hace referencia a cómo, quién o quiénes se harán cargo habitualmente de llevar a cabo las obligaciones propias de la alimentación, vestimenta, educación, salud, higiene y vivienda de los hijos e hijas.
- **La custodia** puede ser única si se otorga a uno solo de los progenitores (suele conllevar un régimen de visitas y una pensión del progenitor no custodio); compartida (establece la corresponsabilidad de ambos progenitores en el cuidado habitual del hijo); o separada (ocurre cuando hay dos o más hijos y los hermanos se separan, de manera que por lo menos uno va a vivir con un progenitor y el resto hace lo propio con otro progenitor)[8].

ASISTENCIA SANITARIA DEL MENOR

Los progenitores separados pueden ejercitar por representación los derechos de sus hijos, siempre y cuando conserven la patria potestad[7].

Todo lo que no sean revisiones pediátricas normales, tratamientos habituales o situaciones urgentes, requerirán el consentimiento de ambos progenitores[9]. Por ejemplo, cirugías programadas o consultas de Salud Mental requieren el consentimiento de ambos.

Ante sospecha de gravedad médica o psicológica, prima el interés superior del menor y el Pediatra derivará a Urgencias o al especialista aun sin el consentimiento de ambos padres[9].

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Los progenitores que tienen la patria potestad tienen derecho a la información sobre la salud de sus hijos y a obtener informes de salud si así lo solicitan. Los progenitores están obligados a informarse entre sí sobre el contenido de las consultas realizadas, así como de las incidencias importantes que le sucedan al menor mientras está a su cuidado[7].

Finalmente, aunque la principal finalidad de la historia clínica es asistencial, puede tener un interés judicial. En ese caso será solicitada por los jueces o tribunales[7]. No hay que emitir informes a solicitud de los abogados.

CONSECUENCIAS DEL DIVORCIO EN LOS HIJOS

Los niños que crecen en hogares conflictivos son más propensos a enfermar. En los primeros 4 años tras el divorcio, existe un mayor riesgo de problemas de salud debido al estrés constante al que están sometidos hijos y padres[1].

IMPACTO SOBRE LA SALUD FÍSICA

Los divorcios conflictivos, forman parte de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), (Capítulo 6) que asocian un aumento significativo de la morbimortalidad. Estos NNA, presentan mayor riesgo de padecer obesidad, asma, cáncer, hipertensión arterial y enfermedades coronarias[1].

IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL

En cualquier divorcio suelen aparecer síntomas reactivos a la situación familiar[10]. Desde estrés agudo (transitorio), a trauma emocional, pudiendo impactar importantes aspectos de la vida de los hijos[1,11]. Aproximadamente el 50% de los hijos de padres separados temen ser abandonados por ellos[12].

Las causas más frecuentes de derivación al Centro de Salud Mental (CSM) de estos niños son las alteraciones de conducta (actitud desafiante, ira, comportamientos violentos o delictivos), ánimo bajo/ansiedad (Capítulo 15) (Capítulo 16), autolesiones (Capítulo 18), somatizaciones, ideación suicida y/o tentativa de suicidio. Esto puede deberse a distintas causas, entre ellas, la sensación de rechazo o falta de interés de los progenitores hacia ellos[1,11], las discusiones con los hijos presentes o el hablar mal del otro progenitor delante suya.

Es importante destacar que la "biografía" (lo que vivimos), se convierte en "biología" afectando mente y cuerpo. Solemos tratar el "síntoma" sin asociar lo biológico con lo biográfico. Por ello, se pueden pautar tratamientos farmacológicos innecesarios para los NNA, sin atender la causa que los generó[10]. En general no son los niños los que necesitan tratamiento, sino los padres.

Respecto al diagnóstico, existe una categoría del DSM-5 denominada "niño afectado por relación parental conflictiva" (V61.29). Incluiría a NNA con disfunción cognitiva, emocional o comportamental derivada de la conflictividad familiar.

IMPACTO SEGÚN LA EDAD

El divorcio suele intensificar la dependencia del niño hacia los padres, provocando una respuesta regresiva. En adolescentes puede acelerar su "independencia" y apoyarse más en el "grupo de iguales", huyendo de los problemas de casa.

Según la edad conviene destacar:

- Los lactantes (de 0 a 2 años) pueden mostrarse más irritables y apáticos, padecer alteraciones del sueño y alimentación. Puede aumentar la ansiedad por separación.
- En niños pequeños (de 2 a 3 años) es frecuente que haya regresión en hitos del desarrollo (pérdida de control de esfínteres y de las habilidades de lenguaje). Pueden aparecer alteraciones del sueño y alimentación.
- Los niños preescolares (de 4 a 5 años) tienden a preguntar por el progenitor ausente ya que no entienden que la situación sea irreversible. Pueden auto culparse de lo ocurrido y tienen miedo a ser abandonados. Aparecen conductas desafiantes con respecto a los límites. Son habituales las alteraciones del sueño (dificultad para conciliar, despertares frecuentes y pesadillas).
- Los niños escolares (de 6 a 12 años) tienden a auto culpabilizarse y fantasear con la posible reconciliación de sus padres. Suelen mostrar retraimiento, ira y descenso en el rendimiento escolar: Se pueden sentir abandonados por el progenitor no custodio y cuestionar los límites del que tiene la custodia.
- Los adolescentes (de 13 a 18 años) tienen más repertorio. O bien presentan una regresión, se muestran "indiferentes" o pueden intentar asumir roles de adulto. Su comportamiento oscila entre el retraimiento, comportamientos de riesgo (uso abusivo de pantallas, consumo de sustancias, trastornos de conducta alimentaria, relaciones de riesgo), crisis de ansiedad, tristeza y/o disminución del rendimiento académico. También pueden presentar autolesiones e ideación suicida, en casos extremos.

La duración de estas conductas depende de la situación y del tipo de vínculo que los padres desarrollen con sus hijos[1]. (Capítulo 3) (Capítulo 5) (Capítulo 8)

IMPACTO A LARGO PLAZO

En 1994, Judith Wallerstein realizó el seguimiento de 131 niños durante 25 años, objetivando que los hijos de padres divorciados presentaron mayor abandono escolar (25%) frente a los de matrimonios estables (10%) y mayor necesidad de apoyo psicológico (60% frente al 30%). El 50% presentó problemas de alcohol y drogas antes de los 15 años. El 65% mantenía una relación conflictiva con el padre. De toda la muestra, menos del 30% se había casado y del total de casados, el 50% se había divorciado[14].

PAPEL DEL PEDIATRA

El Pediatra puede jugar un rol en el acompañamiento de estas familias. Para ello, debe gestionar ciertas habilidades, ayudando a separar lo que compete a los padres como pareja, de su función parental. Se recomienda:

- Escucha activa empática, sin enjuiciar ni apoyar a ninguna de las partes.
- Anticipar y explicar tanto a padres como a hijos (de forma adaptada a la edad), las reacciones esperables.
- No permitir que se desprestigie al otro progenitor delante de los hijos.
- Contestar con ecuanimidad y sinceridad las preguntas de los NNA, en función de su edad y capacidad.
- Tener siempre presente la posibilidad de maltrato o negligencia hacia el menor, ya sea físico, emocional u otros. Si hay sospecha, se notifica.
- Apoyar el contacto de los hijos con ambos progenitores (salvo prohibición legal o sospecha de maltrato) y animarlos a colocar amor, seguridad y límites sin "comprarlos" y/o malcriarlos.
- Favorecer la coparentalidad que es la forma más eficaz de disminuir el daño emocional[15]. En casos en que no se pueda, optar por la crianza en paralelo, minimizando los encuentros entre progenitores, aconsejando que cada cual decida cómo educar a sus hijos cuando estén a su cargo[8].
- Detectar síntomas en el "sistema" (niños y/o padres), que precisen derivación a otros profesionales especializados, como CSM o Servicios Sociales.
- Proporcionar consejo y orientación adecuada a los padres antes, durante y después del divorcio. Hay guías específicas para ello. Recogemos algunas de ellas al final de este capítulo.
- Conocer recursos disponibles, como la terapia familiar sistémica en los centros de apoyo a las familias (CAF), Servicios Sociales, servicios de mediación, judiciales, etc.
- No olvidar que la familia extensa, así como la escuela y el Instituto (IES), pueden jugar un papel protector.

CONCLUSIONES

- El Pediatra atiende con frecuencia consultas por problemas relacionados con la conflictividad de los padres.
- Conocer los términos de la sentencia de divorcio o acuerdo de separación, es clave para saber cómo dar respuesta a las demandas parentales.
- Muchos hijos de padres divorciados experimentarán estrés transitorio y algunos sufrirán efectos negativos a largo plazo.
- Muchos de los problemas de los hijos, pueden evitarse o aliviarse si los padres actúan de forma madura y responsable.

RECURSOS PARA PADRES

- Libro: “Todo (no) terminó. Volver a empezar después de la ruptura de la pareja” - Jorge Bucay, Silvia Salinas.
- Guías para padres:

  - Cómo ayudar a los hijos en la separación. La separación amigable. Disponible en: https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/como-ayudar-hijos-en-separacion-separacion-amigable

  - Guía para familias en situación de separación o divorcio. Cómo actuar con los hijos e hijas. 2021. Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8010&tipo=documento

  - Guía para madres y padres que afrontan la separación. UNAF, Unión de Asociaciones Familiares. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://unaf.org/wp-content/uploads/2020/07/Guia-madres-y-padres-que-afrontan-separacion.pdf

  - Aguilar Cuenca, JM. Ruptura de la pareja. Guía para afrontarla sin dañar a los hijos. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/13890

  - Guía para prevenir el daño psicológico en tus hijas e hijos. Ayuntamiento de Granada. Disponible en: https://www.granada.org/obj.nsf/in/TKJNQTE/$file/guia-prevenir-dano-psicologico-hijas-hijos.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. García Pérez J. El hijo de padres separados o divorciados. Pediatria integral 2018; XXII (4):165-172.

2. Nota de Prensa: Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios (ENSD). Año 2024. 2025;2024:2–6.

3. Glasserman, M.R. Clínica del divorcio destructivo. J.M. Droeven (comp). Más allá de pactos y traiciones: Construyendo el diálogo terapéutico. Paidós.; 1997. p. 252–257.

4. Martin Hald, G. et al. The Divorce Conflict Scale, Journal of Divorce & Remarriage, (2019).

5. Gancedo Baranda A. Manual para la atención de situaciones de Maltrato Infantil. 2021. Grupo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

6. Martínez González C. Papel del pediatra en la batalla del divorcio. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 33-7.

7. Iglesias Casas, P. El pediatra y los padres separados: derechos y deberes. Form Act Pediatr Aten Prim 2009;2(1):31-41.

8. Guía para familias en situación de separación o divorcio. Cómo actuar con los hijos e hijas. 2021. Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz.

9. Decálogo para tratar a menores con padres separados o divorciados. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

10. Reviriego, A. (2025). Trabajo Social Sanitario ante divorcios difíciles: Programa infantojuvenil del Centro de Salud mental de Getafe. Trabajo Social Hoy, 103 (1), 1-10.

11. Cohen GJ, Weitzman CC, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, AAP section on developmental and behavioral pediatrics. Helping Children and Families Deal With Divorce and Separation. Pediatrics. 2016;138(6):e20163020.

12. Ríos, A. Perspectivas psicológicas en los conflictos familiares: La familia y el divorcio. J. Piñero, F. Vargas, y E. Torres (eds.), Puntos de encuentro familiar: Manual de uso práctico (2009) (pp. 61-81). Fundación Salud Infantil.

13. Calero Navarro, P. et al. Urgencias relacionadas con manifestaciones descritas en la alienación parental y su asociación con divorcios conflictivos : el papel del pediatra en medio de la incertidumbre. Acta Pediátrica Esp. 2019; 77 (11-12): 174–80.

14. Wallerstein, J. et al. El inesperado legado del divorcio. 2001. Atlantida.

15. Çaksen, H. The effects of parental divorce on children. Letter to the Editor. 2022;(March 2021):81–2.

11. Manejo del acoso entre pares en pediatría: guía práctica para la consulta.

Dra. Marta Torrejón López
Pediatra especialista en Pediatría Social. Centro de Salud de Villa del Prado / Consultorio Local de Aldea del Fresno. Madrid.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- El acoso escolar entre pares (AEP) es frecuente, infra diagnosticado y con alto impacto en la salud mental y física del niño, niña y adolescente (NNA).
- El pediatra tiene un papel clave en la detección precoz, valoración del riesgo y coordinación con familia y escuela.
- La intervención temprana y multidisciplinar reduce complicaciones como depresión, ansiedad y riesgo suicida.

INTRODUCCIÓN

El acoso entre pares, también conocido como acoso escolar o bullying, es una forma de violencia repetida en la que existe un desequilibrio de poder entre agresor y víctima. Puede manifestarse de forma física, verbal, relacional o a través de medios digitales (ciberacoso). Su prevalencia varía entre el 10 y el 30% según estudios internacionales[1].

El impacto del acoso va más allá del ámbito escolar, afectando al desarrollo emocional, social y físico del NNA. Se asocia a trastornos de ansiedad, depresión, somatizaciones, bajo rendimiento académico e incluso conductas suicidas[2]. Por ello, el pediatra debe estar capacitado para identificar, evaluar y actuar ante estos casos de forma eficaz y práctica.

DEFINICIONES Y TIPOS

Según la UNESCO la violencia escolar se refiere a aquella que tiene lugar dentro o fuera de las aulas, en los alrededores de las escuelas, en el camino hacia o desde la escuela, así como en línea y otros entornos digitales. Es un concepto amplio que abarca cualquier acto agresivo, físico o verbal, puntual o continuo, entre cualquier miembro de la comunidad educativa.

El acoso escolar es una forma de violencia específica entre alumnos, definida por tres características esenciales: repetición, intencionalidad y desequilibrio de poder[3]. Se denomina ciberacoso o ciberbullying el acoso a través de medios electrónicos (Capítulo 12). En este tipo de maltrato, no existe el parámetro de la repetición ya que se mantiene la información de manera continuada en la red.

FACTORES DE RIESGO

- En la víctima: Baja autoestima. Diferencias físicas, culturales o funcionales. Grupos de riesgo: comportamientos extremos, violencia en el entorno, minorías (colectivo LGTBIQ+ e inmigración).
- En el agresor: Exposición a violencia familiar, exposición a violencia en internet/redes. Falta de supervisión parental. Baja empatía.
- En el entorno: Clima escolar permisivo. Falta de protocolos claros, falta de formación. Filosofía del centro.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El acoso suele ser ocultado por el menor. Es fundamental sospecharlo ante:

- Síntomas emocionales: Ansiedad, tristeza, irritabilidad, aislamiento social. Autolesiones y conducta suicida. (Capítulo 18) Signos de alerta: ansiedad, tristeza persistente, dificultad para acudir al centro, absentismo, autolesiones.
- Síntomas físicos: Cefaleas, dolor abdominal recurrente, trastornos del sueño. Signos de alerta: lesiones inexplicadas, falta de material escolar no justificada.
- Indicadores conductuales: Rechazo escolar y/o descenso del rendimiento académico. Signos de alerta: absentismo, cambio brusco en rendimiento académico, aislamiento (Capítulo 14), pérdida de amistades, etc.

ABORDAJE EN CONSULTA

Preparar la conversación:

Crear un ambiente de confianza y seguridad. Escoger el momento adecuado.

Iniciar la conversación:

Comenzar con preguntas abiertas: ¿Cómo te ha ido el día en el cole?. He notado que has estado un poco diferente, ¿quieres contarme si algo te preocupa?. Evitar preguntas directas o intimidatorias. Escuchar sin interrumpir. Hacer reflexión sobre las emociones que nos están transmitiendo. No minimizar la situación.

Escucha activa:

- En el caso de la víctima: Hacer saber al NNA que no está solo. Reafirmar que no es culpa suya. Explicar los pasos a seguir y diseñar un plan en conjunto.
- En el caso del agresor: Escucha abierta no punitiva. Comprender motivaciones para diseñar abordaje conjunto. Reconocimiento del problema: es crucial, dado que negarlo solo agravará la situación.
- En ambos: Coordinación interdisciplinar. Probablemente estos pacientes tengan que ser derivados y tratados de manera multidisciplinar. Coordinación con Trabajo Social, Pediatra responsable, Educación y Salud Mental.

Ofrecer apoyo, asegurando una red de seguridad y protección del NNA víctima de AEP.

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA

EDAD PREESCOLAR (3-5 AÑOS)

En este grupo la anamnesis se basa principalmente en la información aportada por los cuidadores. Aunque se incluya el término "acoso" por las consecuencias en la víctima, la intencionalidad a esta edad no se suele dar. Si el agresor es preescolar, nos encontramos ante una violencia escolar. No hay ni intencionalidad ni desequilibrio de poder. Aun así, hay que explorar la posibilidad que existan problemas en el entorno del acosador que haya que abordar. Se puede dar acoso en preescolar, cuando la violencia es ejercida por niños mayores con capacidad de intención y poder.

Se deben explorar:

- Cambios recientes en el comportamiento, irritabilidad, miedo a acudir al entorno educativo o aparición de conductas agresivas.
- Regresión en habilidades adquiridas (control de esfínteres, lenguaje).
- Alteraciones del sueño o de la alimentación.
- Dificultades en la socialización temprana.
- Observar la interacción del niño durante la consulta.

La entrevista con el menor debe apoyarse en el juego o dibujos, utilizando preguntas simples y concretas ("¿alguien te quita los juguetes?", "¿hay alguien que te haga sentir triste?").

EDAD ESCOLAR (6-11 AÑOS)

Se recomienda una anamnesis mixta con el NNA y la familia.

Con el niño se deben realizar preguntas abiertas y progresivamente más específicas sobre: Experiencias repetidas de maltrato ("¿hay alguien que te molesta muchas veces?"). Tipo de violencia (física, verbal, relacional). Lugares donde ocurre (aula, patio, transporte escolar). Frecuencia, duración, presencia de testigos. Es clave explorar cómo responde el menor ante estas situaciones y si ha pedido ayuda.

Con la familia, se deben recoger: Cambios conductuales (aislamiento, irritabilidad), síntomas somáticos (cefalea, dolor abdominal), alteraciones del sueño, rendimiento académico. También se debe valorar la comunicación familia-escuela y la percepción parental del problema.

ADOLESCENCIA (12-18 AÑOS)

Debe priorizarse la entrevista individual, garantizando confidencialidad y un clima de confianza. Se explorará de forma directa tanto el acoso presencial como el ciberacoso, incluyendo redes sociales, mensajería y exposición pública.

Es fundamental valorar:

- Impacto emocional (ansiedad, tristeza, baja autoestima).
- Presencia de síntomas depresivos, conductas de evitación (absentismo escolar) y estrategias de afrontamiento.
- Red de apoyo (amigos, familia, adultos de referencia).
- Percepción del menor sobre la posibilidad de resolver la situación.
- Posibles conductas de riesgo: se debe preguntar de forma explícita (pero sensible) sobre ideación autolesiva o suicida. (Capítulo 18)

ASPECTOS TRANSVERSALES EN TODAS LAS EDADES

Es importante documentar la cronología del acoso, su intensidad y las intervenciones previas realizadas. Además, valoración del contexto familiar (dinámica, estilo educativo, factores de estrés), entorno escolar (clima, respuesta institucional), situación social y factores de vulnerabilidad (discapacidad, diversidad cultural, colectivo LTGBI, enfermedad crónica).

Factores protectores: apoyo familiar, habilidades sociales, red de iguales, etc.

ESTRUCTURA DE PLAN DE ACCIÓN

DETECCIÓN

Se deben conocer las figuras del agresor, víctima, defensor, seguidores o espectadores "neutrales".

VALORACIÓN DEL RIESGO

Intensidad y duración del acoso. Existencia de ideación suicida. Apoyo familiar y social.

INTERVENCIÓN

- **Con el menor:** Validar emociones. Evitar culpabilización. Fomentar habilidades sociales.
- **Con la familia:** Informar y orientar. Evitar respuestas impulsivas (los padres no deben actuar por su cuenta). Promover la comunicación con el centro escolar.
- **Con la escuela:** Notificar la situación y activar protocolo de acoso.
- **Ciberacoso:** Limitar exposición digital. Guardar pruebas. Notificar a plataformas, policía (si hiciera falta) y centro educativo.

DERIVACIÓN

Indicar derivación a:
- Pediatría Social ante síntomas moderados-graves.
- Salud Mental Infanto-Juvenil si conducta o ideación suicida y/o trastornos psiquiátricos asociados.

PREVENCIÓN

- **Nivel individual:** Fomentar autoestima. Entrenamiento en habilidades sociales.
- **Nivel familiar:** Supervisión parental. Comunicación abierta, fomentando estilos de parentalidad positiva. (Capítulo 8)
- **Nivel escolar:** Programas antibullying. Incluir entre las competencias educativas de alumnado y profesorado, las relaciones adecuadas entre iguales como tema transversal. Es importante tener protocolos claros de actuación, en los que trabajen de forma multidisciplinar alumnos, docentes, padres y sanitarios.
- **Agentes tutores:** Son policía local y tienen competencia en absentismo.
- **Policía Nacional:** Programa de prevención y manejo del acoso escolar (participa@policia.es).

CONCLUSIONES

- **El acoso escolar es un problema frecuente con graves consecuencias para la salud infantil.**
- **El pediatra debe incluir su detección en la práctica clínica habitual.**
- **La identificación precoz mejora el pronóstico.**
- **La intervención debe ser multidisciplinar e incluir escuela, alumnos y familia.**
- **El ciberacoso requiere estrategias específicas de abordaje.**

RECURSOS

- AEPAE: https://aepae.es/
- Fundación ANAR (teléfono-chat acoso escolar): https://www.anar.org/telefono-chat-del-acoso-escolar/
- Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/publicaciones/protocolos/3
- Save the Children España: https://www.savethechildren.es/donde/espana/violencia-contra-la-infancia/acoso-escolar-bullying
- UNICEF: https://www.unicef.org/media/66556/file/Preventing-Bullying.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts. J Adolesc Health. 2014;55(5):602-611.

2. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying. JAMA Psychiatry. 2013;70(4):419-426.

3. Olweus D. School bullying: development and some important challenges. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:751-780.

4. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying. J Adolesc Health. 2013;53(1):S13-S20.

5. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. Arch Dis Child. 2015;100(9):879-885.

6. Arseneault L. Annual research review: the persistent impact of bullying. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(4):405-421.

7. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying: identification, prevention, response. Cyberbullying Research Center; 2015.

8 Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying. Am J Psychiatry. 2014;171(7):777-784.

9. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems. Pediatrics. 2013;132(4):720-729.

10. UNESCO. Behind the numbers: ending school violence and bullying. 2019.

11. Espelage DL, Swearer SM. A social-ecological model for bullying prevention. Theory Into Practice. 2010;49(4):273-280.

12. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, et al. Prevalence and effect of cyberbullying. JAMA Pediatr. 2015;169(8):770-777.

13. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Protocolo de actuación ante acoso escolar. España.

14. Ortega-Ruiz R, Del Rey R. Bullying y ciberbullying. Psicothema. 2016;28(1):1-7.

15. American Academy of Pediatrics. Role of pediatricians in bullying prevention. Pediatrics. 2016;138(6):e20162908.

12. Impacto de las pantallas y las redes sociales sobre la salud mental de nuestros adolescentes. ¿Qué podemos hacer desde atención primaria?

Dra. Lorena Algarrada Vico
Pediatra de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Dra. Lefa S. Eddy
Pediatra y Psiquiatra infantil y de la Adolescencia. Hospital HM Nens. Barcelona.

Dr. Javier Rodríguez Contreras
Pediatra. Centro de Salud Collado Villalba Estación. Collado Villalba. Madrid.

INTRODUCCIÓN

A partir del 2010, cuando aparecen los primeros móviles inteligentes, hay un incremento exponencial del uso de la tecnología digital (internet, redes sociales (RRSS), juegos en línea), sin el adecuado control por parte del adulto, lo que dificultaba que pudiera haber un uso responsable de la misma. Ni los padres, aún menos los niños, ni la sociedad en general, eran conscientes de los riesgos de las pantallas.
A raíz de este uso descontrolado de las pantallas muchos niños, jóvenes y adultos tienen lo que se denomina un Uso Problemático de Internet (UPI) (Tabla 1). Más que el tiempo conectado, se hace hincapié en el tipo de uso y el malestar que genera (problemas psicológicos, físicos, sociales, educativos y/o laborales).

PREVALENCIA

En un metaanálisis publicado en 2020, que incluyó 113 estudios y unos 700.000 participantes de 31 países, se estimó una prevalencia para el UPI del 7 % [1]. Uno de los aspectos que se ha relacionado con el aumento del UPI es el diseño de las aplicaciones y los servicios de Internet con algoritmos adictivos para lograr un mayor consumo, como son: el *scrolling* infinito, los *likes*, el *autoplay* por defecto, las notificaciones push (notificaciones o alertas que aparecen en la pantalla sin haber solicitado la información) y la personalización del contenido a través de los algoritmos[2].

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA

La mayoría de los estudios de investigación son transversales, lo que dificulta establecer una relación causa-efecto entre UPI y patología psiquiátrica, pero ya empiezan a haber estudios longitudinales, uno de los principales el estudio ABCD (Adolescent Brain Cognitive Development). Los estudios han evidenciado un impacto negativo sobre la salud física, psicosocial y mental. Aquí se abordará el impacto sobre la salud mental. En cuanto al impacto psicosocial, se ha observado que el UPI dificulta las relaciones familiares y entre iguales, y provoca en el adolescente la percepción de una mayor sensación de soledad (Capítulo 14), todo lo cual constituye a su vez un evidente factor de riesgo para una peor salud mental.

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DEPRESIVA

Los estudios constatan que el adolescente que presenta UPI tiene mayor riesgo de padecer sintomatología ansiosa-depresiva[3]. La relación entre las pantallas y dichos síntomas depende de:

- **Tipo de uso:** las redes sociales son más perjudiciales.
- **Tiempo de uso:** más tiempo, mayor riesgo.
- **Factores individuales:** mujer y bajo nivel socio económico, mayor riesgo.
- **Actividades protectoras:** la práctica de actividades al aire libre, deporte y actividades artísticas tienen un efecto protector.

CONDUCTA AUTOLESIVA (Capítulo 18)

Múltiples estudios muestran una relación entre el uso problemático de las RRSS, el ciberacoso (Capítulo 11) y las conductas autolesivas. El riesgo será mayor en adolescentes vulnerables. Una revisión sistemática[4] con 15 estudios constató en todos ellos, aunque sin poder determinar la causalidad ni la direccionalidad del impacto, que visualizar imágenes de conductas autolesivas se asocia a efectos negativos:

- Normalizar el hecho de autolesionarse y no sentir la necesidad de buscar ayuda.
- Comparar imágenes impulsa a competir y escalar en la conducta autolesiva.
- Utilizar la autolesión como vía de pertenencia a un grupo de iguales.
- El impacto emocional y fisiológico de visualizar imágenes autolesivas puede incrementar el impulso o necesidad urgente de autolesionarse.

Aunque algunos de los estudios sugerían que podría existir algún efecto “beneficioso” (sentir cierto alivio al ver imágenes y evitar así proceder a la autolesión, efecto disuasorio al ver cicatrices, favorecer cierta autorreflexión a partir de comentarios en RRSS sobre las consecuencias de autolesionarse o promover búsqueda de ayuda ante narrativas de recuperación), de ningún modo debe banalizarse el perjuicio de la exposición a este tipo de imágenes, con predominio de los efectos negativos.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La preocupación por la imagen corporal en la adolescencia es algo que está muy presente, y la exposición a los contenidos en RRSS supone una presión sobreañadida. El uso de RRSS de contenido altamente visual se asocia con la presencia del trastorno de la conducta alimentaria (Capítulo 17), la alteración en la conducta alimentaria (sin cumplir criterios para un trastorno) y alteración en la imagen corporal[5]. Los expertos señalan que además del tiempo, las conductas que realizan mientras están conectados también influyen, siendo especialmente perjudiciales las conductas de comparación, elección y edición de fotografías para su publicación, y el tipo de contenidos consultados (alimentación, peso e imagen corporal).

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL O DISMORFOFOBIA

El uso de las RRSS supone un espacio de aprendizaje social donde el adolescente se compara, pudiendo generar unas expectativas irreales sobre el aspecto físico,

afectando el autoconcepto y la satisfacción con el propio cuerpo e imagen, es decir, aumentando el riesgo de desarrollar un trastorno dismorfofóbico. La dismorfofobia está englobada dentro del espectro obsesivo-compulsivo. Habrá una obsesión por los defectos físicos percibidos o imaginarios, y una compulsión a mirarse en el espejo.

El que lo sufre puede llegar a someterse a cirugías estéticas innecesarias. Es más frecuente en personas perfeccionistas. Los factores de riesgo para la insatisfacción corporal en los adolescentes que utilizan las RRSS fueron: ver imágenes idealizadas de cuerpos, editar selfies, hacer comparaciones sobre el aspecto físico y pasar mayor tiempo en las redes[6].

DIFICULTADES ATENCIONALES Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Se ha constatado que el uso de las pantallas incrementa las dificultades atencionales. Aunque no todos los estudios coinciden en sus resultados al analizar el incremento de riesgo de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el mayor metaanálisis realizado hasta la fecha (más de 84 mil niños) que analiza la relación entre las dificultades de atención y la utilización de pantallas encuentra una correlación positiva entre las horas de uso de pantallas y el riesgo de TDAH, siendo significativo con un uso de pantallas mayor de 2 horas/día[7].

Los niños y adolescentes con un diagnóstico de TDAH tienen mayor riesgo a desarrollar un UPI y el cuadro será significativamente más grave. El uso de medios digitales exacerba los síntomas centrales del TDAH, tanto la falta de atención como la impulsividad y la hiperactividad, pero también la conducta negativista desafiante y los problemas emocionales, (ansiedad (Capítulo 15), depresión (Capítulo 16)), y genera mayores déficits en la función ejecutiva, en comparación con niños con TDAH sin UPI.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Hay estudios que muestran que el tiempo prolongado de pantallas en niños con un trastorno del espectro autista (TEA) aumenta la severidad de los síntomas del trastorno, con aumento de las conductas repetitivas y reducción de las interacciones sociales, ya de por sí deficitarias. En un estudio realizado con niños entre 16-36 meses se concluye que la exposición excesiva a pantallas es perjudicial para el desarrollo social de los niños con TEA y se recomienda a los cuidadores gestionar el tiempo de pantalla y fomentar oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación[8]. Consideran que un tiempo de pantalla prolongado puede contribuir a la formación de circuitos neuronales no sociales durante períodos críticos del desarrollo cerebral, inhibiendo el desarrollo de las redes neuronales sociales.

En una revisión sistemática sobre la exposición temprana a las pantallas se observó una asociación entre el tiempo de uso de pantallas y el riesgo de TEA, sobre todo si la exposición era antes de los 2 años[9]. Ahora bien, también hay autores que sugieren que los niños predispuestos genéticamente a TEA pueden tener mayor preferencia por las pantallas, o los padres pueden usar más pantallas para calmar a estos niños que muestran dificultades de autorregulación. Existen aún limitaciones que no permiten establecer conclusiones definitivas, si bien parece que un uso excesivo puede dificultar el desarrollo de habilidades de socialización, lo cual favorecería síntomas autismo-like en niños sin clara predisposición genética, que posiblemente no terminen de cumplir criterios de TEA verdadero al no tener necesariamente tanta rigidez conductual como en el TEA.

INTERVENCIONES DIGITALES EN SALUD MENTAL

Las aplicaciones para la salud mental en adolescentes son numerosas, pero no hay suficiente evidencia de cuál sería su beneficio. El aumento de enfermedades mentales y la falta de capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios han impulsado el desarrollo de intervenciones digitales en salud mental (IDSM) basada en la terapia cognitivo-conductual computarizada para abordar la ansiedad y la depresión.

Actualmente, además existen los Chatbots que cada vez son más utilizados, sobre todo por parte de adolescentes. Un Chatbot es un software basado en Inteligencia Artificial Generativa (IAGen) capaz de mantener una conversación en tiempo real, por texto o por voz[10]. Simula un ser humano, pero no lo es. Hay personas que se vinculan emocionalmente sin ser del todo conscientes de que es un objeto basado en IAGen. Los posibles beneficios son: que está siempre disponible 24 horas/día y 365 días/año; podría permitir personalizar un tratamiento al poder analizar grandes cantidades de datos; y desestigmatiza pedir ayuda psicológica. Ahora bien, los Chatbots asocian múltiples riesgos: no cuestionan la conducta del sujeto ni favorecen la autorreflexión (tan necesario en psicología si hay una distorsión cognitiva); hay dudas sobre la confidencialidad y seguridad de los datos que manejan; existe el riesgo de que no se logre una conexión emocional profunda (lo que podría aumentar el malestar psicológico); e incluso podría desarrollarse una dependencia psicológica al Chatbot. Muchos Chatbots son amables e incluso aduladores (no buscan mejorar el estado emocional, sino que el sujeto esté conectado el máximo tiempo posible). Debido a los riesgos, no se debe usar la IAGen como un sustituto de una asistencia psicológica profesional. Debemos enseñar a las personas a ser críticos con su uso y recordar que la IAGen no es una solución milagrosa, sino solo una herramienta que podría complementar la terapia tradicional en algunos casos. La empatía, la comprensión y la conexión humana siguen siendo insustituibles en el proceso terapéutico.

EL PAPEL DEL PEDIATRA

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de bienestar físico, psicológico y social, y el mundo digital impacta en todas y cada una de estas esferas, especialmente durante la infancia y la adolescencia.
En este contexto, el papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental y se debe centrar en tres ejes: la prevención, el acompañamiento a las familias en salud digital y la detección y abordaje precoz de los posibles problemas derivados del uso de las tecnologías (uso inadecuado, abuso o UPI).

PREVENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS EN SALUD DIGITAL

Es esencial que las familias sean conscientes del impacto que las Tecnologías de la información y comunicación (TICs) y el uso de pantallas (móviles, tabletas, ordenadores) pueden tener sobre la salud de sus hijos. Durante la consulta, el pediatra debe informar sobre los riesgos del uso inadecuado (como problemas de sueño, dificultades de atención, sedentarismo o exposición a contenidos inapropiados)[11] y ofrecer recomendaciones claras para promover un uso saludable.

Una herramienta especialmente útil que se puede ofrecer a las familias es la página web del Plan Digital Familiar de la Asociación Española de Pediatría (AEP).
(https://plandigitalfamiliar.aeped.es)
Se trata de una herramienta elaborada por la AEP, en colaboración con el Comité de Promoción de la Salud de la AEP y la Agencia Española de Protección de Datos y su objetivo es ayudar a las familias a gestionar hábitos, normas y límites de uso tecnológico en el hogar. Incluye infografías descargables, que facilitan a las familias información clara, visual y actualizada sobre el uso saludable de las TICs en el hogar. Es una herramienta flexible (se adapta a las características de cada familia), práctica (pautas concretas sobre normas, privacidad, tiempo de pantalla) y formativa (facilita la capacitación de los padres). El pediatra debe informar a las familias de este recurso y ofrecer apoyo para adaptarlo a su situación.

En la tabla 2 se presentan las recomendaciones generales para un uso responsable de los dispositivos y del contenido digital en el entorno familiar, así como las recomendaciones actualizadas de la AEP sobre tiempo de pantalla y uso adecuado en función del grupo de edad.

El pediatra debe también recordar a los padres que su propio ejemplo es un elemento clave, animando así a que estos reflexionen sobre su propio uso de pantallas y sean conscientes del impacto del mundo digital sobre la salud física y mental de sus hijos.

DETECCIÓN Y ABORDAJE

El diagnóstico de UPI es fundamentalmente clínico. Para establecerlo correctamente, es necesario diferenciar entre uso inadecuado, abuso y UPI, lo que requiere una valoración detallada del patrón de uso y una exploración cuidadosa de posibles síntomas psicopatológicos asociados[12].

- El uso inadecuado o mal uso se refiere a conductas de riesgo o acceso a contenido inapropiado. Se centra en el tipo de contenido más que en el tiempo de conexión, e incluye el acceso a información falsa, contenidos no apropiados para la edad o la participación en conductas potencialmente peligrosas, como retos virales o situaciones de acoso. No implica necesariamente un uso prolongado, sino la peligrosidad de la conducta.

- El abuso hace referencia a un consumo excesivo en términos de tiempo. Se caracteriza por un uso prolongado y excesivo que, si bien puede no ser una adicción clínica, interfiere con las actividades cotidianas, como el rendimiento académico o las relaciones sociales.

- El UPI se define como un patrón compulsivo de uso que causa deterioro significativo en la salud física, mental y social. Se caracteriza por la incapacidad de controlar el comportamiento, la dependencia y la persistencia en el uso a pesar de las consecuencias negativas. Pueden presentarse síntomas como ansiedad o irritabilidad ante la imposibilidad de conectarse, aislamiento social, bajo rendimiento académico y dificultades funcionales relevantes.

La historia clínica constituye un pilar esencial para la detección de signos de alarma y factores de riesgo. Debe incluir una valoración integral de las esferas biológica, psicológica, social, sexual y funcional[13]. En ella es importante recoger información sobre:

- Tiempo de uso diario de dispositivos digitales y acceso a internet.
- Finalidad del uso (entretenimiento, socialización, actividades educativas, etc.).
- Pérdida de control, incluyendo intentos fallidos de reducir el tiempo de uso.
- Irritabilidad o malestar cuando no se pueden utilizar las tecnologías.
- Hábitos de sueño, especialmente retraso de fase o disminución del tiempo total de sueño.
- Relaciones sociales dentro y fuera del entorno digital.
- Rendimiento académico y cambios recientes.

En el ámbito familiar, conviene preguntar por las normas de uso, la supervisión parental y la presencia de conflictos relacionados con las tecnologías. También es relevante identificar posibles retrasos en el lenguaje, dificultades de atención o un patrón de sedentarismo, ya que pueden coexistir y actuar como factores de riesgo o consecuencias del uso problemático.

Además de la valoración clínica, pueden emplearse cuestionarios de cribado que, aunque no permiten establecer un diagnóstico por sí solos, resultan útiles como herramientas complementarias. Los más utilizados son: a nivel de una valoración general, la EUPI-a (Escala de Uso Problemático de Internet en Adolescentes)[14] y, en relación con los videojuegos, la IGDS9-SF (Internet Gaming Disorder Scale-Short Form)[15]. Ambos cuestionarios son breves, fáciles de usar y cuentan con validación en español.

Realizar un cribado adecuado, junto con un diagnóstico diferencial preciso, es fundamental para determinar el abordaje más adecuado y valorar la necesidad de derivación a Salud Mental. En la mayoría de los casos de uso inadecuado o abuso, sin comorbilidad psicopatológica, el manejo puede realizarse desde Atención Primaria, ofreciendo orientación estructurada y pautas claras a la familia sobre el buen uso de las tecnologías. Sin embargo, ante dudas diagnósticas, presencia de síntomas psicopatológicos o sospecha de UPI, se recomienda la derivación a Salud Mental. Para ello, es importante que los profesionales conozcan los recursos específicos disponibles a nivel local, como unidades especializadas, programas de intervención o servicios de apoyo psicológico para población infanto-juvenil.

Finalmente, el tratamiento del UPI se centrará en fomentar un uso adaptativo, funcional y equilibrado de las TICs. El objetivo no es la eliminación total del uso, sino aprender a realizar un uso saludable.

CONCLUSIONES

- **El UPI se asocia a múltiples problemas de salud mental, especialmente en niños y adolescentes.**
- **El tipo de uso de las nuevas tecnologías es más determinante aún que el tiempo de pantalla.**
- **El pediatra es clave en prevención, acompañamiento y detección precoz. Debe informar y orientar a las familias, además de realizar una evaluación clínica completa y un buen diagnóstico diferencial (uso inadecuado, abuso y UPI).**
- **En general, ante un paciente que presente un uso inadecuado o abuso, sin comorbilidad psicopatológica, el manejo se realizará desde Atención Primaria. Sin embargo, si existen dudas diagnósticas, presencia de síntomas psicopatológicos o sospecha de UPI, se recomienda la derivación a Salud Mental.**
- **Existe mucha investigación en IA y algunas intervenciones digitales pueden llegar a ser útiles, pero no sustituyen la imprescindible atención de un profesional de salud mental. Es importante una adecuada educación sanitaria sobre sus límites y riesgos.**

RECURSOS

- https://plandigitalfamiliar.aeped.es
- https://share.google/prgtEqMIT9YffxQoT (Escala EUPI-a)
- https://www.scribd.com/document/476637232/IGDS9-SF-SP (Escala IGDS9-SF)

BIBLIOGRAFÍA

1. Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. Neurosci Biobehav Rev. 2020; 118:612-22.

2. Eddy Ives LS, Huertas Patón A, Forti Buratti MA, Álvarez Pitti J, Salmerón-Ruiz MA, Rodríguez Hernández PJ, Real-López M. Impacto de las pantallas y las redes sociales en la salud Mental. An Pediatr. 2025 Aug;103(2):503909.

3. Mougharbel F, Chaput JP, Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Leatherdale ST, Patte KA, et al. Longitudinal associations between different types of screen use and depression and anxiety symptoms in adolescents. Front Public Health. 2023:11.

4. Susi K, Glover-Ford F, Stewart A, Knowles Bevis R, Hawton K. Research review: Viewing self-harm images on the internet and social media platforms: Systematic review of the impact and associated psychological mechanisms. J Child Psychol Psychiatry. 2023; 64:1115-39.

5. Saul JS, Rodgers RF. Adolescent eating disorder risk and the online world. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2018; 27:221-8.

6. Lavell CH, Oar EL, Rapee RM. Peer Relationships and Social Media Use in Adolescents with Body Dysmorphic Disorder. Res Child Adolesc Psychopathol. 2025; 53:43-55.

7. Liu H, Chen X, Huang M, Yu X, Gan Y, Wang J, et al. Screen time and childhood attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. Rev Environ Health. 2024; 39:643-50.

8. Sadeghi S, Pouretemad HR, Badv RS, Brand S. Associations between Symptom Severity of Autism Spectrum Disorder and Screen Time among Toddlers Aged 16 to 36 Months. Behav Sci. 2023; 13:208.

9. Sarfraz S, Shlaghya G, Narayana SH, Mushtaq U, Shaman Ameen B, Nie C, et al. Early screen-time exposure and its association with risk of developing autism spectrum disorder: A systematic review. Cureus. 2023; 15 (7) e42292.

10. Fernández-Andújara M,González-Cabrerab J, Romeroc A, Hidalgod D, Salmerón-Ruiz MA. Inteligencia Artificial Generativa en la Población Infantojuvenil: Riesgos Emergentes y Retos para la Salud Pública. An Pediatr. 2026.

11. Pérez-Sáenz J, Ortuño-Sierra J, Pérez-Albéniz A, Mason O, Fonseca-Pedrero E. Prevalencia del uso problemático de Internet en adolescentes españoles. Clín Salud. 2023;34(3).

12. Díaz Hurtado R, Mateus Gómez S, Alonso Vilar C, Romero Triñanes E, Castro Mesa A, Magallón Neri E. Uso problemático de internet, comorbilidad psicopatológica y factores de personalidad en población clínica adolescente. Health Addict. 2025;25(1):143–61.

13. Salmerón Ruiz MA. Adicción a pantallas. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 283-290. https://www.aepap.org/sites/default/files/283-290_adiccion_pantallas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf

14. Rial Boubeta A, Gómez Salgado P, Isorna Folgar M, Araujo Gallego M, Varela Mallou J. EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones. 2015;27(1):4763.

15. Sánchez-Iglesias I, Bernaldo-de-Quirós M, Labrador FJ, Labrador M, Fernández-Arias I. Spanish Validation and Scoring of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF). Spanish Journal of Psychology. 2020;23:e22.

Tabla 1. Clasificación del uso problemático de internet de la REEUPI*.

1. Trastornos por videojuegos.

2. Trastorno por apuestas en línea.

3. Trastorno por compras en línea.

4. Cibercondría: búsqueda excesiva y repetida en Internet de información relacionada con enfermedades.

5. Trastorno de comportamiento sexual compulsivo online: visualización de pornografía que interfiere en la calidad de vida.

6. Acosar a través de internet: publicación repetitiva de mensajes amenazantes o despectivos dirigidos a otra persona en Internet.

7. Uso problemático de redes sociales.

8. Acaparador digital: acumulación excesiva de material digital como fotos, archivos, etc.

* Red Europea de Expertos para el Uso Problemático de Internet

Tabla 2. Recomendaciones principales y por edad para un buen uso de pantallas.

Recomendaciones principales								
Hábitos del sueño	**Hábitos alimenticios**	**Actividad física**	**Salud ocular y ergonomía**	**Atención y concentración**	**Lugar de uso**	**Gestión de dispositivos**	**Seguridad y privacidad**	**Seguridad y privacidad**
- Evitar pantallas 1-2 h antes de dormir. - Dispositivos apagados y fuera del dormitorio.	- Evitar pantallas durante las comidas. - Dieta saludable.	- Actividad física regular.	- Postura adecuada. - Regla 20-20-20 (pausa cada 20min, parpadear 20s, mirar a lo lejos 20s).	- En estudio o trabajo, apagar o retirar dispositivos no necesarios.	- Espacios comunes. - Evitar en baño y dormitorio.	- Apagar los que no se utilizan. - Eliminar apps innecesarias.	- No compartir fotos ni información sensible. - Actualizar contraseñas con frecuencia. - Mantener dispositivos y apps actualizadas.	- Dedicar momentos sin pantallas para leer, dormir, comer o convivir en familia. - Mantener dispositivos silenciados y guardados en un lugar acordado. - Priorizar actividades de la vida real.

Recomendaciones por edad		
0-6 años	**7-12 años**	**13-16 años**
- Cero pantallas. - Solo contacto social breve (videollamadas) y siempre bajo supervisión.	- < 1 hora al día. - Priorizar actividades saludables (deporte, relaciones sociales, naturaleza, sueño, alimentación). - Uso supervisado, preferiblemente con dispositivos fijos y nunca en baño o dormitorio. - Establecer límites claros de tiempo y contenido.	- < 2 horas al día. - Si hay acceso a internet, utilizar control parental como apoyo. - Priorizar teléfonos y dispositivos sin internet. - Retrasar el primer móvil con conexión a internet.

13. Los trastornos de aprendizaje. Dislexia.

Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández
Pediatra, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. Universidad de La Laguna.

PUNTOS CLAVE

- La dislexia es la causa más frecuente de retraso escolar.
- Los trastornos de aprendizaje tienen etiología neurobiológica, con alto componente genético.
- El diagnóstico precoz de la dislexia permite no dilatar el inicio del tratamiento con la consiguiente mejoría en el pronóstico.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de aprendizaje (TA) se deben a la falta de habilidad para el aprendizaje en una o varias áreas, en personas con un nivel y procedimiento educativo adecuado y con una inteligencia normal. Los TA son trastornos neurobiológicos, con alta influencia genética. Constituyen la causa más frecuente de retraso escolar en nuestro medio. Estas dificultades en las habilidades de aprendizaje son persistentes, no transitorias. La intervención precoz permite modular la expresividad clínica y disminuir la gravedad de los síntomas.

La prevalencia oscila entre el 5 y el 15%, con variabilidad en los resultados obtenidos debido a las herramientas diagnósticas empleadas. Se diagnostica con más frecuencia en el sexo masculino, con una proporción estimada de 2 hombres por cada mujer[1].

La etiología comprende factores genéticos, epigenéticos y ambientales. Los factores genéticos son los más importantes, con una heredabilidad del 60 % aproximadamente. La morbilidad psiquiátrica de los TA puede ser importante. Están asociados con un mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio en niños, adolescentes y adultos. (Capítulo 18)
En la edad adulta pueden presentar mayores tasas de desempleo y subempleo con ingresos económicos más bajos.

Las características clínicas con las que se expresan los TA dependen del momento neuro madurativo en el que se realiza el diagnóstico, la edad y la intensidad de las intervenciones específicas o generalistas realizadas sobre el proceso de aprendizaje.

CLASIFICACIÓN

En los TA la afectación del aprendizaje se produce, con frecuencia, en varias áreas. Es debido principalmente a la dificultad para delimitar si las dificultades se deben a un área, por ejemplo, la lectura, y esas dificultades en la lectura van a disminuir el rendimiento en otra área, por ejemplo, matemáticas, debido a la interpretación errónea de un problema matemático. O bien si realmente existen dificultades en las dos áreas, lectura y matemáticas. Aún así, la clasificación se establece según el área que está más afectada después de analizar el aprendizaje de la lectura, escritura y matemáticas[2].

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE CON DIFICULTADES EN LA LECTURA (DISLEXIA)

Incluye alteraciones en la precisión de la lectura de las palabras, en la velocidad o fluidez de la lectura y/o en la comprensión de la lectura. La dislexia es el TA más frecuente. La hiperlexia consiste en una capacidad mecánica de lectura excelente, pero con una pobre comprensión. Puede observarse en los Trastornos de Espectro Autista (TEA).

Nota: La hiperlexia es una capacidad precoz y autodidacta para leer, memorizar letras y números antes de los 4 o 5 años, acompañada de una comprensión lectora deficiente y desafíos en la interacción social. A menudo se presenta junto con el espectro autista (TEA), combinando habilidades memorísticas avanzadas con dificultades para procesar el lenguaje oral.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE CON DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN ESCRITA (DISGRAFIA)

Incluye dificultades ortográficas, gramaticales y de la puntuación, pero también de la claridad y organización de la escritura. Pueden existir omisiones, inversiones o sustituciones en la escritura. También describe una escritura con pobre caligrafía y de mala calidad.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE CON DIFICULTAD MATEMÁTICA (DISCALCULIA)

Existen problemas para almacenar hechos aritméticos, falta de sentido numérico, disminución de la fluidez y fallos en el cálculo y en el razonamiento matemático. Se puede asociar a dificultades en el razonamiento verbal.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La mayoría de los TA son dislexia, con dificultades importantes en la lectura y notables en la escritura. Muchos autores contemplan la disgrafia como un subtipo de dislexia en el que las dificultades de escritura destacan más que las de la lectura. La discalculia es mucho menos frecuente, y en ocasiones aparece asociada a dislexia y/o disgrafia.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La sintomatología principal, tal y como se recoge en el manual DSM-5, es la dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades[3,4]:

1. **Lecturas de palabras imprecisa o lenta** y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresarse).
2. **Dificultad para comprender el significado de lo que lee** (p. ej., puede leer un texto con precisión, pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).
3. **Dificultades ortográficas** (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).
4. **Dificultades con la expresión escrita** (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración, organiza mal el párrafo, la expresión escrita de ideas no es clara).

5.-Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones, cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar las operaciones matemáticas como hacen sus iguales, se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).

6.-Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Se debe investigar la existencia de antecedentes familiares y personales, realizar una exploración física y neurológica y contar con una historia escolar incluyendo evaluación psicopedagógica. No existen pruebas o test específicos, aunque la evaluación neuropsicológica es importante para un adecuado diagnóstico de los TA. Alguna de las pruebas más utilizados es: el TALE y el PROLEC, para evaluar los procesos de la lectura o el PROESC para valorar los procesos de la escritura. Además, es fundamental la observación de la lectura, la escritura y el cálculo matemático en la consulta, así como el análisis de los registros del niño (cuadernos, exámenes, etc) para intentar delimitar el o las áreas que están afectadas. Es necesario un registro del rendimiento escolar. El rendimiento escolar forma parte de la salud del niño y en las visitas del niño sano debe incorporarse como una pregunta habitual.

Una vez identificadas las dificultades clínicas, se debe constatar que las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con la actividad de la vida cotidiana. Se confirman con pruebas estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral[6].

Además, las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes cronometrados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).

Por último, esas dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidad intelectual, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Cuando se constate, como mínimo, un punto de los contemplados en el apartado de presentación clínica, se debe completar el proceso diagnóstico y, según el área en el que predomine la dificultad, establecer el diagnóstico de dislexia, disgrafia o discalculia. Es posible realizar varios diagnósticos a la vez.

Los equipos de orientación son los encargados de realizar el despistaje y el diagnóstico, con la colaboración de la sanidad pública si existen dudas diagnósticas, por ejemplo en situaciones en donde se sospeche comorbilidad y siguiendo las vías de derivación existentes en cada Comunidad.

DISLEXIA

INTRODUCCIÓN

El 80% de los TA son de lectura. La dislexia es el TA más prevalente, del 6 al 10% de la población. Aunque la prevalencia de la dislexia será diferente según la estructura interna de cada lengua[7]. La dislexia se presenta en población infantil que maneja sistemas lecto-escritos.

NEUROBIOLOGÍA

Los estudios genéticos muestran alteraciones en cromosomas 6 y 3. Se ha podido vincular a distintos genes candidatos de riesgo como DYX1C1, KIAA0319, DCDC2 o ROBO1. Esos genes participan en el desarrollo cerebral, y anomalías en dicho desarrollo, constituyen los elementos conocidos del cuadro biológico subyacente. Neurobiológicamente, se ha asociado a una disminución de la sustancia gris en la unión témporo-parieto-occipital bilateral de los lóbulos frontales, el tálamo y el cerebelo.

NEUROPSICOLOGÍA DE LA DISLEXIA

La característica principal de la dislexia es la incapacidad del cerebro para percibir o procesar información (es un déficit cognitivo).

El fallo cognitivo que condiciona la dislexia es una alteración de las capacidades fonológicas. La conciencia fonológica es la habilidad para analizar y sintetizar, de manera consciente, los sonidos que componen el lenguaje. Los principales componentes del procesamiento fonológico son: Discriminar los fonemas, segmentación de las sílabas, identificar los fonemas, repetición de pseudopalabras, memoria verbal a corto plazo y fluidez verbal.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El desarrollo de la conciencia fonológica se produce entre los 4 y los 6 años, y es difícil de detectar en una consulta pediátrica debido a que el procedimiento conlleva unas habilidades técnicas específicas.

La conciencia fonológica es fundamental para que, a partir de los 6 años, el niño pase de una lectura de decodificación de símbolos a comprender el significado de lo que lee. Esto significa que al comienzo de la lectura, se decodifica cada símbolo. La frase “el oso vive en el bosque” se lee “el-o-so-vi-ve-en-el-bos-que”, ya que se asigna un sonido a cada símbolo que se aprende por asociación y repetición. A partir de los 6 años, se comienza a leer de manera semántica (por el significado). Es decir, que cuando lee “el oso vive en el bosque”, comprende lo que significa. Incluso alterando el orden de las sílabas (por ejemplo, que lea “el oso vive en el bqsoue”), se comprende que la frase quiere decir que el oso vive en el bosque.

Cuando un niño con más de 7 años lee silabeando o sin comprender lo que lee, puede ser una primera señal de dislexia.

CLÍNICA

La lectura es una habilidad fundamental para el aprendizaje y la comunicación. Es básica en los primeros años de escolarización debido a que condiciona el aprendizaje de todas las áreas, la socialización, el desarrollo de las funciones ejecutivas y el crecimiento emocional.

En los niños con dislexia se observan los siguientes síntomas cardinales[8]:

- Afectación de la mecánica lectora
- Ralentización de la fluidez lectora
- Dificultad para deletrear palabras
- Lectura con errores: Omisión, inversión y sustitución de letras y/o palabras
- Realización de más esfuerzo para leer
- Necesidad de aumento de la capacidad de atención
- En la dislexia también se puede afectar la escritura.
- Existe dificultad en establecer conceptos gramaticales, especialmente en el inglés escrito. En la edad adulta, suele persistir la lentitud en la lectura.

COMORBILIDAD DE LA DISLEXIA

Los TA son trastornos del neurodesarrollo. Es muy frecuente la alta comorbilidad. Alrededor del 40 % de niños/niñas diagnosticados como disléxicos, con TA, o déficit de atención, reúnen también criterios diagnósticos de otros trastornos del desarrollo neurológico. Esto es debido a que comparten mecanismos cognitivos comunes. Tanto la dislexia como otros TA tienen una base fonológica y compartirán dificultades atencionales, en la memoria de trabajo y déficit en la velocidad de procesamiento, lo que explica la alta tasa de comorbilidad.

Además, al presentar el mismo sustrato neurobiológico, existe un solapamiento genético, con ciertos locus genéticos (17p11,16p13,15q15.) entre los trastornos específicos del aprendizaje lector, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno del Espectro autista (TEA).

Algunos de los trastornos comórbidos con los TA son:

- TDAH. La asociación entre TDAH y dislexia es la mejor estudiada y conocida. TDAH y dislexia se presentan asociados con frecuencia, el 15% de los estudiantes con dificultades de lectura tiene también TDAH y el 35% de los estudiantes con TDAH presenta problemas en lectoescritura. La implicación de los lóbulos frontales y de los núcleos basales encontrados en la neuroimagen explican la comorbilidad entre estos dos trastornos[9].
- Dispraxia o trastorno del desarrollo de la coordinación motriz.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje oral, ya sea de comprensión y/o precisión.
- Trastorno de Espectro Autista.
- Problemas de conducta.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Los protocolos para la detección de la dislexia son de mucha utilidad en la detección y abordaje en cada etapa educativa, como Prodislex (Baleares, en castellano) o Prodiscat (Cataluña, en catalán), cumplimentados por los profesores. Son herramientas que ayudan a realizar las adaptaciones curriculares en el momento que se reconocen dichas dificultades, incluso antes de realizar el diagnóstico. Las dificultades de lectura deben abordarse en el momento que se detectan. Posteriormente se deberá confirmar el diagnóstico. Sería recomendable que la sospecha diagnóstica de la dislexia la realizaran los equipos de asesoramiento psicopedagógico de las escuelas[10].

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento farmacológico específico para los Trastornos del Aprendizaje, aunque algunos autores recomiendan tratamiento para el TDAH en comorbilidad con los Trastornos del Aprendizaje en casos de TDAH aparentemente leve.

Dentro del proceso terapéutico, es fundamental la detección y abordaje precoz para mejorar el pronóstico y disminuir la comorbilidad, ya que, con el aumento de la edad, la plasticidad cerebral disminuye y es más difícil tratar. Identificar el trastorno para no culpabilizar al niño o a las familias es prioritario junto con la intervención psicoeducativa. El aspecto emocional es muy importante en el aprendizaje, se realizará un refuerzo positivo para mejorar la autoestima. Es importante conseguir una adecuada integración social y escolar.

El abordaje directo de estas dificultades debe hacerse dentro de la escuela y de manera individualizada, mediante técnicas psicopedagógicas. Es importante explorar si hay comorbilidad para también actuar frente a ella.

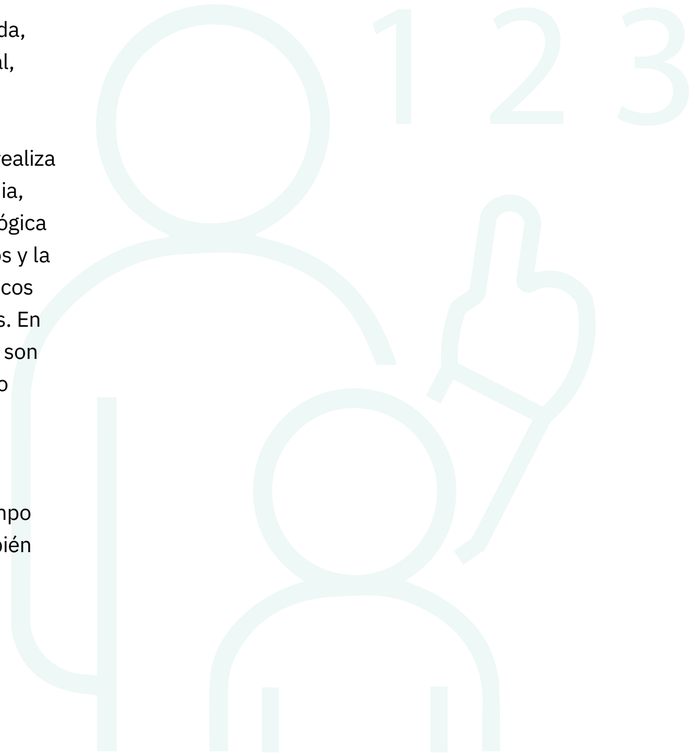
Las adaptaciones metodológicas, si son necesarias, se deben realizar durante toda la escolaridad.

Se debe informar a las familias del derecho a recibir la atención educativa que precisen sus hijos según sus necesidades, solicitar al centro escolar la evaluación y las adaptaciones y los recursos humanos y materiales necesarios (no reduciendo los contenidos sino adaptando los procedimientos) e informar sobre otros recursos disponibles en la comunidad.

El pediatra debe coordinar el abordaje multidisciplinar con los diferentes profesionales que puedan intervenir (equipo psicopedagógico del colegio, psicólogo, logopeda, neuropediatra, psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) en colaboración estrecha con la familia.

De manera específica, la intervención de la dislexia se realiza por profesionales de la psicología, pedagogía o logopedia, incluyendo estrategias que mejoran la conciencia fonológica mediante programas estructurados o semiestructurados y la adaptación metodológica. Por ejemplo, los niños disléxicos obtienen mejores resultados si los exámenes son orales. En el caso de la discalculia, los programas de intervención son menos efectivos debido a que el nivel de procesamiento de la información matemática es más resistente a las estimulaciones externas.

Por último, es importante recalcar que aumentar el tiempo de lectura no mejora la dislexia si no se interviene también sobre los mecanismos que la producen.



RECURSOS

- En la siguiente dirección, de EducaMadrid (plataforma de servicios públicos para la comunidad educativa) se muestran distintos tipos de recursos para trabajar la dislexia: https://www.educa2.madrid.org/web/albor/ejemplos-de-recursos/-/visor/40-recursos-para-trabajar-la-dislexia
- La Federación Española de Dislexia dispone de una página con amplia información y recursos relacionados con los Trastornos de Aprendizaje: https://fedis.org
- La Plataforma Dislexia pretende conseguir recursos y condiciones de igualdad para el aprendizaje de las personas con dislexia: https://plataformadislexia.org
- Comisión Nacional de Dislexia: Órgano Colegiado creado en 2018 con el objetivo de impulsar políticas equitativas para las personas con dislexia: https://disfam.org
- Herramienta educativa digital que mejora la lectura y la escritura desde la evidencia científica: https://changedyslexia.org

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Vivas FE, Bravo-Palacios MC, Calva-Díaz JA, Altafuya-Arturo RK. Prevalencia, intervenciones y desempeño académico en Trastornos de Aprendizaje. Pol Con 2024; 9:878-899.

2. Amado Puentes A, Fernández del Olmo A, Roche Martínez A, Joga Elvira L, Pías Peleteiro L, Poch Olivé ML, et al. Trastornos del Aprendizaje: Definiciones. Protoc diagn ter pediatr 2022; 1:1-10.

3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Barcelona: Masson, 1995.

4. Escobar JP, Tenorio M. Trastornos específicos del aprendizaje: origen, identificación y acompañamiento. Rev Med Clin Condes 2022; 33:473-9.

5. Alvarado SMEO. Trastornos de aprendizaje en la educación primaria. Educación 2018; 24:211-5.

6. Moya-López C, Malla-Morocho I. Trastornos del aprendizaje y su incidencia en el rendimiento académico de un estudiante: Análisis de caso. Psicología Unemi 2022; 6:51-67.

7. Villegas Lirola F. Prevalencia y decisiones académicas del alumnado con trastorno del aprendizaje de la lectura (dislexia del desarrollo) en Andalucía (España). Rev Centra Cienc Soc 2023; 2:11-46.

8. Gatell Carbó A. Trastorno específico del aprendizaje. Pediatr Integral 2020; 26:21-33.

9. Sanchez-Domenech I. Revisión sistemática e implicaciones para el diagnóstico psicopedagógico: comorbilidad Dislexia/TDAH. Rev Esp Orient Psicoped 2022; 33:63-84.

10.García Sanchez P, Rute-Pérez S. Detección temprana de la Dislexia en la etapa de educación infantil. Anuario de Psicología Educativa Aplicada 2024; 1:e5.

14. Aislamiento social en el niño y adolescente.

Dra. Lefa S. Eddy
Pediatra y Psiquiatra infantil y de la Adolescencia.
Hospital HM Nens, Servicio de Psiquiatría. Barcelona.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- El aislamiento social se considera un problema de salud pública.
- Si no es deseado, tendrá consecuencias tanto a nivel de la salud física como mental.
- Hay que detectarlo de forma precoz, conociendo los factores predisponentes.

INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales son un componente fundamental de la vida humana, por la necesidad innata de pertenecer a un grupo, comunicarse con los demás y sobrevivir.
Se consideran necesarias para el bienestar emocional (y supervivencia) de las personas. En la etapa adolescente, las relaciones con iguales aumentan su relevancia[1]. El grupo va a ser la principal fuente de apoyo, con influencia sobre su comportamiento, desarrollo, identidad y competencias. Durante este periodo se concede mucho valor a las amistades cercanas y a las relaciones románticas. Por tanto, el aislamiento social (AS) tiene impacto y efectos adversos sobre la identidad, la resiliencia, la felicidad, el autoconcepto y la salud a corto y largo plazo[2].

DEFINICIÓN

Soledad: La RAE la define como carencia voluntaria o involuntaria de compañía. O como el pesar y la melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo. Se puede clasificar de varias maneras: según la naturaleza de su medición, la duración y la percepción subjetiva.

Aislamiento social objetivo: Se define como la falta objetiva de contactos sociales. Puede medirse contabilizando la presencia o ausencia real de vínculos y redes de apoyo. Soledad subjetiva: Es un sentimiento o experiencia desagradable que surge cuando una persona percibe que su red de relaciones es deficiente en cantidad o calidad. Aunque estos conceptos están relacionados, no siempre coinciden. Es posible que una persona esté socialmente aislada pero no se sienta sola (*solitude*, en inglés), o que alguien se sienta profundamente solo a pesar de mantener contactos frecuentes (*loneliness*). Esta diferencia depende de las expectativas y necesidades subjetivas de cada individuo, así como de su capacidad para gestionar sentimientos de exclusión.

Young (1982)[3] establece una distinción entre tres tipos de soledad según su intensidad y duración. Considera soledad crónica, la falta de relaciones sociales satisfactorias durante dos o más años.

ANTROPOLOGÍA

Fay Bound Alberti en su “Biografia de la soledad”[4], sostiene que no es un fenómeno universal. En occidente, es un producto histórico y social consolidado hacia el año 1800 fomentado por el capitalismo y el individualismo.

La soledad es un conjunto de emociones que varían según el género, clase, momento sociohistórico y la etapa vital del individuo. La autora argumenta que el paso de la “solitude” a “loneliness” es el resultado de la industrialización, el urbanismo, el individualismo, la secularización y la fragmentación de mente y cuerpo.

Tecnologías (Capítulo 12) como la radio y la televisión disminuyeron los contactos de “calle” aunque creaban espacios de escucha o visualización conjunta para el grupo familiar. El paso de familia extensa a nuclear (cada vez con menos componentes) así como el uso de dispositivos móviles y redes sociales, ha favorecido aún más el individualismo y los contactos virtuales. Con el auge del neoliberalismo, estamos cada vez más conectados, pero crecientemente desvinculados. Por ello, la soledad se considera un problema de salud pública, asociándose con malos resultados en salud.

EPIDEMIOLOGÍA

Un informe del Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023[5] presenta resultados entre la población juvenil española (1800 personas), con edades comprendidas entre los 16 y 29 años. Revela que uno de cada cuatro jóvenes la sufre. El 45,7% llevan en esa situación más de tres años (soledad crónica).

La falta de relaciones presenciales incrementa significativamente el riesgo de aislamiento. Además, este sentimiento se relaciona con pensamientos suicidas, afectando a la mitad de quienes se sienten solos. En cuanto al sexo, el 31,1% de las mujeres jóvenes sufre soledad no deseada, frente al 20,2% de los hombres, experimentando en conjunto niveles máximos entre los 21 y los 26 años.

CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS

El desarrollo del AS es multicausal. Hay factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que favorecen su aparición. Los trastornos mentales (TM), pueden ir acompañados de un AS y también provocarlo. Ante un adolescente que presenta AS es necesario investigar las posibles causas sociales y psiquiátricas, pues el riesgo de que se cronifique empeoraría aún más su trastorno de base. Depresión (Capítulo 16), ansiedad (Capítulo 15), psicosis y trastornos del espectro autista son las más frecuentemente asociadas al AS.

Los jóvenes extranjeros (nacidos fuera o con padres extranjeros), presentan una probabilidad un 72,5% mayor de sufrir soledad que aquellos de origen español. La prevalencia entre jóvenes LGTBI (39,7%) es casi el doble que entre jóvenes heterosexuales (22,7%), siendo una variable significativa que eleva el riesgo en un 48,7%. Las dificultades económicas producen sentimientos de soledad en casi el doble (36%) de hogares que en aquellos que los que no las tienen (19,4%). El desempleo genera una prevalencia 5 puntos por encima de quienes trabajan o estudian. La educación universitaria actúa como un factor protector. Por el contrario, haber repetido curso aumenta la prevalencia en 10 puntos junto con el abandono escolar temprano.

Las personas con problemas de salud mental percibida o diagnosticada tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de sufrir soledad no deseada. La ansiedad y la depresión afectan al 77,8% de los jóvenes que se sienten solos.

Las personas con discapacidad tienen una prevalencia alta de dicho sentimiento (54,2%). Pero son las carencias en las relaciones, la pobreza o los problemas de salud mental asociados a la discapacidad, los que la producen.

El acoso escolar (Capítulo 11), ya sea violencia directa o indirecta (ser ignorado o condenado al ostracismo), puede ser el desencadenante o un factor añadido, para que el adolescente se aísle. Puede comenzar con la negativa de acudir a la escuela/instituto, pero puede además rechazar salir de casa por miedo a encontrarse con sus agresores.

IMPACTO SOBRE LA SALUD

FISICA

La soledad, es un factor bien establecido, de estrés crónico y desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Ocasiona un estilo de vida sedentario con peores hábitos saludables[6]: (falta de actividad física, malos hábitos alimentarios y desregulación del sueño). Esto se asocia a mayor riesgo de enfermedad metabólica (obesidad, HTA, hipercolesterolemia, diabetes), por el factor proinflamatorio y riesgo vascular. También se asocia a migrañas y enfermedades autoinmunes (asma, artritis reumatoide).

MENTAL

Los problemas de SM pueden llevar al AS y el AS empeorarlos. El AS suele agravar la sintomatología clínica previa al aislamiento como ansiedad y/o depresión y aumentar el riesgo de ideación autolítica. Además, habrá riesgo de presentar de forma comórbida, abuso de tóxicos como mecanismo de paliar el malestar. Las patologías mentales que hay que investigar en un adolescente que sufre aislamiento social son: trastorno de depresión mayor, fobia social, trastorno del espectro autista, trastornos psicóticos y trastorno de estrés postraumático.

IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO COGNITIVO

Hay estudios que muestran menor rendimiento académico. No asistir al instituto-colegio y disminuir sus interacciones con otros, dificulta las experiencias de aprendizaje. Por tanto, puede empeorar el cociente intelectual (CI) y tener menor puntuación en la subescala Comprensión Verbal del WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)[7].

EVALUACIÓN

Cuando se está ante un adolescente que comienza a aislarse, interesa analizar su circunstancia familiar, escolar y social, incluyendo la relación con sus compañeros. Puede ser útil hacer 3 preguntas:

- ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás?
- ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?
- ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?

El cuestionario *Classmates Social Isolation Questionnaire for Adolescents* (CSIQ-A)[8] (Tabla 1), es útil para constatar la relación que tiene el adolescente con sus iguales en el entorno escolar y también para valorar el beneficio de las intervenciones que se pueden llevar a cabo en el aula. Evalúa dos variables: el nivel de aceptación por el grupo de iguales y el número de amigos.

INTERVENCIÓN

Dada la importancia que tiene para la salud pública esta situación, se están creando intervenciones y políticas destinadas a reducirla. El objetivo sería conectar con personas significativas y dar ayuda mutua. En general las intervenciones contra el aislamiento y la soledad se pueden aplicar de diversas formas[9]:

-A nivel individual, trabajando habilidades sociales con lecciones didácticas, juegos de roles y/o retroalimentación. Impulsando nuevas ideas para la conexión o mediante psicoterapia para trabajar habilidades sociales y patrones de pensamiento desadaptativo que dificultan las relaciones. La terapia cognitivo-conductual (TCC), es una técnica bien contrastada para ello. La psicoterapia con conocimiento de “trauma” (Trauma informed based Psychotherapy), está ofreciendo resultados prometedores.

-A nivel grupal, mediante apoyo entre pares, psicodrama, terapias artísticas o apoyo social semanales, integrado con actividades recreativas.

Para los que trabajamos con niños y adolescentes, es importante reconocer la diversidad y la aceptación de personas con discapacidad o LGTBI. Es fundamental prevenir el acoso ya que sufrirlo merma la confianza interpersonal y el sentido de autoeficacia. El 46,6% de los jóvenes solos que sufrieron acoso, tienen una confianza muy baja en los demás comparado con el 28,4% de los jóvenes solos, que no pasaron por esa experiencia.

También la desconexión del entorno educativo es un factor en el sentimiento de soledad no deseada. El 82,8% de los jóvenes que se sienten solos consideran que “no sentirse parte del instituto” durante su etapa de estudiante es causa relevante de su soledad actual. Habría que trabajar también el “insight” (ser consciente de qué me pasa por dentro), para poderlo comunicar. El 89,2% de los jóvenes que sufren soledad, señalan que no saber comunicar lo que sienten o desean, influye significativamente en su aislamiento. Se ha relacionado esta incapacidad de “conectar” y/o “expresar”, con antecedentes de vínculos patológicos y/o eventos adversos en la infancia. (Capítulo 5), (Capítulo 6).

Los centros escolares, las instituciones y las familias deben favorecer intervenciones que reúnan a los estudiantes en torno a una actividad de apoyo o de socialización, para ayudar a reducir este sentimiento. La meditación o la atención plena puede ser también beneficiosa. (Capítulo 19)

Los profesionales sanitarios deben preguntar en las revisiones periódicas de salud por estos aspectos. Además, deben participar junto con el profesorado en el diseño, la facilitación y el mantenimiento de espacios y oportunidades seguros para que nuestros menores interactúen y se relacionen de forma satisfactoria De esta manera se disminuiría el sufrimiento y se evitaría que se convirtiera en un problema de salud mental en el futuro[10,11].

CONCLUSIONES

- **El aislamiento social es una consecuencia moderna de la sociedad del rendimiento e individualista, que no favorece valores solidarios comunitarios.**
- **Los problemas de SM favorecen el aislamiento y éste los problemas de SM.**
- **Las minorías LGTBI, la pobreza y los inmigrantes son poblaciones que reportan más soledad no deseada.**
- **El bullying en periodo escolar y adolescente es un factor importante de riesgo para padecerla.**

RECURSOS

- https://www.soledades.es/recursos/materiales-didacticos-entrenamiento-emocional-contra-la-soledad-no-deseada-fundacion-once
- https://obrasocialsanjuandedios.es/educar-para-romper-con-la-soledad-no-deseada-en-la-juventud/
- https://www2.cruzroja.es/formate/capacitacion-soledad-no-deseada

BIBLIOGRAFÍA

1.-Hidalgo Vicario MI, Ceñal González-Fierro MJ. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos biológicos, afectivos, psicológicos y sociales. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. Medicina de la adolescencia. Atención Integral. 3ª edición. Madrid: Ergon; 2021. p. 27-39.

2.-Holt-Lunstad J, Perissinotto C. Social Isolation and Loneliness as Medical Issues. N Engl J Med. 2023 Jan 19;388(3):193-195.

3.-Young, JE (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En: Peplau LA & Perlman D (Eds.), Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy (pp. 379-405). New York: Wiley-Interscience.

4.-Alberti FB. Una biografía de la soledad: Historia de una emoción. Ed. Alianza 2022.

5.-SoledadES. Observatorio estatal de la soledad no deseada. Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España.2023. Disponible en: https://www.soledades.es/estudios/estudio-sobre-juventud-y-soledad-no-deseada-en-espana.

6.-Hanna K, Cross J, Nicholls A, Gallegos D. The association between loneliness or social isolation and food and eating behaviours: A scoping review. Appetite 191 (2023) 107051.

7.-Christiansen J, Qualter P, Friis K, Pedersen SS, Lund R, Andersen CM, et al. Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults. Perspectives in Public Health. 2021; 141 (4): 226-36.

8.-Cavicchiolo E, Girelli L, Lucidi F, Manganelli S, Alivernini F. The Classmates Social Isolation Questionnaire for Adolescents (CSIQ-A): Validation and Invariance across Immigrant Background, Gender and Socioeconomic Level. ECPS Journal – 19/2019.

9.-Osborn T, Weatherburn P, French RS. Interventions to address loneliness and social isolation in young people: A systematic review of the evidence on acceptability and effectiveness. J Adolesc 2021; 93: 53-79.

10.-Ellard OB, Dennison C, Tuomainen H. Review: Interventions addressing loneliness amongst university students: a systematic review. Child Adolesc Ment Health 2023; 28: 512-23.

11.-Berastegui A, Halty A, Pitillas C. Escuelas seguras. En: Aprender seguros. Principios y estrategias para construir escuelas que cuidan. Ed Narcea 2021.

Tabla 1. Cuestionario Classmates Social Isolation
Poner una cruz en la casilla que corresponda: 1 = Ninguno; 2 = Pocos; 3 = Algunos; 4 = Muchos; 5 = Todos

Pregunta	1	2	3	4	5
1. ¿Con cuántos de tus compañeros de clase charlas?					
2. ¿Con cuántos compañeros de clase quedas fuera de la escuela?					
3. ¿Cuántos compañeros de clase hablan contigo?					
4. ¿Con cuántos compañeros de clase estudias fuera de la escuela?					
5. ¿Con cuántos compañeros de clase hablas o intercambias mensajes a través del móvil?					
6. ¿Con cuántos compañeros de clase realizas actividades en tu tiempo libre?					
7. ¿Con cuántos compañeros de clase te llevas bien?					
8. ¿Con cuántos compañeros de clase sales para divertirte?					

15. Ansiedad infantojuvenil. Claves para detección y manejo en consultas de pediatría.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- La ansiedad en pediatría suele manifestarse a través de síntomas físicos recurrentes (cefaleas, dolor abdominal, náuseas) o conductas disruptivas (rabietas, agresividad, oposición).
- La ansiedad surge de una interacción entre la vulnerabilidad genética (hiperreactividad amígdala-corteza prefrontal) y factores ambientales.
- Afectan a entre el 7% y el 12% de la población pediátrica.
- La sintomatología ansiosa no necesariamente acabará en un trastorno de ansiedad. La prevención y promoción de la salud mental (SM) junto con la validación emocional, detección precoz, capacitación en autorregulación y acompañamiento, pueden contrarrestarla.
- Se recomienda el uso de herramientas validadas como la escala SCARED (a partir de los 8 años), que permite diferenciar miedos evolutivos de patología clínica de forma rápida y objetiva.
- Eventos traumáticos o estilos de crianza sobreprotectores alteran el sentido de seguridad básico y pueden alterar el desarrollo neurobiológico del menor.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia y la adolescencia. Se estima que entre el 7% y el 12% de los niños y adolescentes presentan un trastorno de ansiedad clínicamente significativo, con repercusiones importantes sobre el desarrollo emocional, el rendimiento académico, las relaciones sociales y la calidad de vida[1,2].

El pediatra ocupa una posición privilegiada para la detección precoz, ya que la ansiedad suele manifestarse inicialmente mediante síntomas físicos, dificultades escolares o alteraciones conductuales antes de que el niño verbalice sus preocupaciones[3,4], sin llegar a ser un trastorno.

El reconocimiento temprano, los vínculos seguros (Capítulo 5) y el atender eventos adversos precozmente (Capítulo 6), permite instaurar intervenciones eficaces y reducir el riesgo de persistencia de los síntomas en la vida adulta[5].

CONCEPTO Y BASES NEUROBIOLÓGICAS

La ansiedad es una respuesta adaptativa ante situaciones percibidas como amenazantes. Cuando la respuesta es desproporcionada en intensidad, frecuencia o duración para la edad y/o produce deterioro funcional, hablamos de trastorno de ansiedad[1]. Puede haber síntomas, incluso en ausencia de estresores u objetivos claros. Produce un malestar clínicamente significativo e interfiere en el funcionamiento escolar, social o familiar del niño o adolescente. Se basa en miedos poco realistas que llevan al menor a evitar situaciones cotidianas.

Neurobiológicamente hay un desajuste cognitivo, entre la amenaza sentida y los recursos percibidos. La ansiedad es anticipatoria. Centra en el futuro: en lo que podría suceder o en cómo las cosas podrían empeorar, entrando en bucles de "rumiación de peligros". Implica alteraciones en los circuitos entre la amígdala y la corteza prefrontal, junto con una hiperreactividad del sistema de respuesta al estrés[5,6]. No es solo un sentimiento, sino una experiencia que abarca síntomas emocionales (nerviosismo), cognitivos (pensamientos catastróficos), físicos (somatización como dolor abdominal) y conductuales (evitación). La interacción entre vulnerabilidad biológica y experiencias adversas tempranas contribuye al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos[6]. (Capítulo 6)

LOS FACTORES DE RIESGO INCLUYEN

Antecedentes familiares de ansiedad o depresión, temperamento inhibido, experiencias traumáticas o adversidad temprana (Capítulo 5) (Capítulo 6) (Capítulo 7), enfermedades crónicas, acoso escolar (Capítulo 11), sobreprotección parental y /o el uso problemático de redes sociales y exposición excesiva a pantallas[5,7], pueden precipitarla. (Capítulo 12)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ansiedad infantil presenta una expresión clínica heterogénea. Los síntomas pueden agruparse en cuatro dimensiones:

- Síntomas emocionales: Preocupación excesiva, nerviosismo persistente, miedo anticipatorio, irritabilidad, sensación de amenaza constante[1].

- Síntomas cognitivos: Dificultad para concentrarse, pensamientos catastróficos, hipervigilancia y/o necesidad excesiva de ser tranquilizado[4,8].

- Síntomas físicos en forma de somatizaciones. Suelen predominar el dolor abdominal recurrente, cefaleas, mareos, fatiga y/o palpitaciones. También hay alteraciones del sueño[1], y a veces dolores articulares. Estos síntomas somáticos constituyen una de las principales causas de infradiagnóstico[4], ya que se van escalando estudios complementarios para descartar patología orgánica, sin evaluar (a la par) posibilidades psicológicas.

- Síntomas conductuales: evitación de situaciones temidas, dependencia excesiva de los cuidadores, rechazo escolar, aislamiento social (Capítulo 14), conductas oposicionistas o explosivas[2].

TRASTORNOS DE ANSIEDAD MÁS FRECUENTES

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Se caracteriza por un miedo excesivo e inapropiado para la edad ante la separación de las figuras de apego. Los niños pueden negarse a acudir al colegio, presentar pesadillas relacionadas con la separación, negarse a dormir solos o desarrollar síntomas físicos antes de salir de casa[1]. Es especialmente frecuente entre los 6 y 9 años y constituye una causa habitual de absentismo escolar[5].

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Implica un miedo intenso a la evaluación negativa por parte de los demás. Los pacientes evitan exposiciones orales, actividades grupales o situaciones sociales, con importante repercusión académica y relacional[1]. La prevalencia aumenta durante la adolescencia y se asocia a mayor riesgo de depresión posterior[9].

MUTISMO SELECTIVO

Representa una manifestación extrema de ansiedad social. El niño habla con normalidad en determinados contextos pero permanece en silencio en otros, especialmente en el ámbito escolar[1].

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza por preocupaciones persistentes y difíciles de controlar sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana. Los pacientes suelen mostrarse inquietos, fatigados, irritables y con alteraciones del sueño[1].

TRASTORNO DE PÁNICO

Menos frecuente en la infancia que en la adolescencia. Se manifiesta mediante crisis súbitas de miedo intenso acompañadas de síntomas físicos como palpitaciones, sensación de ahogo o mareo y sensación de muerte[1].

FOBIAS ESPECÍFICAS

Se caracterizan por miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas, como animales, alturas, sangre o procedimientos médicos[1].

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Aunque actualmente se clasifica en un grupo diagnóstico propio, comparte mecanismos relacionados con la ansiedad. Se caracteriza por obsesiones y compulsiones que generan deterioro funcional significativo[1].

CUANDO LA ANSIEDAD SE PRESENTA COMO UN PROBLEMA DE CONDUCTA

La ansiedad puede ocultarse tras conductas aparentemente disruptivas[2]. Niños con ansiedad significativa pueden manifestar: rabietas intensas, agresividad, desafío a figuras de autoridad, conductas de escape, absentismo escolar, crisis emocionales explosivas[2]. Desde una perspectiva neurobiológica, estas respuestas reflejan mecanismos de "lucha o huida" activados ante amenazas percibidas. Con frecuencia estos pacientes son etiquetados erróneamente como oposicionistas o agresivos cuando en realidad presentan ansiedad intensa no reconocida[2]. El ámbito escolar constituye un escenario habitual donde emerge esta problemática. Las exigencias académicas, sociales y de rendimiento pueden desencadenar este tipo de conductas que reflejan la incapacidad para gestionar la ansiedad más que una verdadera actitud desafiante[2].
(Capítulo 3) (Capítulo 4) (Capítulo 13)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La evaluación debe incluir información procedente del niño, los padres y el centro educativo[2]. Los principales diagnósticos diferenciales son:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Trastornos del aprendizaje. Trastorno negativista desafiante. Trastorno depresivo (Capítulo 16). Trastorno del espectro autista. Enfermedades médicas con síntomas somáticos predominantes. Trastornos del sueño[8,10]. La mayoría de estos trastornos pueden acompañarse de ansiedad, pero también de otras alteraciones. Hay que saber, además, que la ansiedad puede simular TDAH. (Capítulo 13)
La inquietud motora, las dificultades de concentración y las preguntas repetitivas pueden reflejar preocupación excesiva más que déficit atencional[2].

EVALUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Academia Americana de Pediatría recomienda la detección periódica de síntomas de ansiedad durante la adolescencia[11]. En la anamnesis hay que valorar: el tipo de preocupaciones predominantes, situaciones evitadas, impacto académico, relaciones familiares y sociales, calidad del sueño, síntomas físicos asociados, historia de trauma y/o acoso, antecedentes psiquiátricos familiares.

Herramientas útiles:
- SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). (Ver recursos)
- GAD-7 adaptado para adolescentes. (ver recursos)
- RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale)[12].

Los signos de alarma que justifican derivación preferente incluyen: Riesgo suicida. Absentismo escolar persistente. Deterioro funcional grave. Comorbilidad psiquiátrica significativa. Sospecha de TOC grave o trastorno de pánico[8].

TRATAMIENTO

Lo más importante son las intervenciones psicoeducativas, tras haber descartado "circunstancias" que puedan estar perpetuando la ansiedad. (Capítulo 3) (Capítulo 4) (Capítulo 5) (Capítulo 6) (Capítulo 7) (Capítulo 9) (Capítulo 10) (Capítulo 12) (Capítulo 13) (Capítulo 14)
La educación de la familia constituye un elemento esencial. Los padres deben comprender que la evitación proporciona alivio inmediato, pero perpetúa la ansiedad a largo plazo[13].

Se recomienda: Mantener rutinas estables. Favorecer la exposición progresiva a situaciones temidas. Evitar la sobreprotección. Reforzar conductas de afrontamiento[6].

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento de primera línea para la mayoría de los trastornos de ansiedad pediátricos[1]. La evidencia demuestra efectos clínicamente significativos y sostenidos en el tiempo[13]. Sus componentes principales incluyen: Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Técnicas de relajación. (Capítulo 19)
Exposición gradual. Prevención de respuestas evitativas[1]. La habituación no suele ocurrir en un solo intento. Requiere exposición repetida e ininterrumpida. La exposición permite la habituación fisiológica, demostrando empíricamente al niño que sus temores catastróficos no se cumplen y que puede manejar la situación.

Tratamiento farmacológico. Los ansiolíticos solo pueden usarse a corto plazo (no más de 4 semanas) por la tolerancia y dependencia que producen y deben acompañarse de psicoterapia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos con mayor respaldo científico[8,14]. Los más utilizados son: Fluoxetina. Sertralina. Escitalopram (ver ficha tecnica). La indicación principal incluye: Ansiedad moderada o grave. Falta de respuesta a TCC. Importante deterioro funcional. Comorbilidad depresiva[1]. La combinación de TCC e ISRS suele proporcionar los mejores resultados en casos moderados y graves[14].

PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN

Sin tratamiento, los trastornos de ansiedad infantiles pueden persistir durante años y aumentar el riesgo de depresión, abuso de sustancias, fracaso académico y dificultades laborales en la edad adulta[5,15]. Sin embargo, la identificación precoz y el acceso a intervenciones basadas en la evidencia permiten una evolución favorable en la mayoría de los casos[13].

El pediatra desempeña un papel esencial en la detección temprana, la educación familiar, la coordinación con la escuela, la monitorización clínica y la derivación oportuna a salud mental. Pero es evidente que, para ello, necesita tiempo suficiente y formación. La creación de equipos multidisciplinares comunitarios con participación de familias, escuelas, servicios sociales, salud mental, educadores sociales y pediatras, es la forma más efectiva y eficiente de trabajar.

CONCLUSIONES

- El objetivo no es eliminar la ansiedad, sino aprender a manejarla funcionalmente.
- El tratamiento farmacológico con ISRS (Fluoxetina, Sertralina) debe reservarse para casos graves o refractarios. La TCC ha demostrado eficacia.
- Una base sólida de seguridad es fundamental para que el niño navegue el mundo. Eventos adversos en la infancia pueden aumentar el riesgo de psicopatología futura.
- El pronóstico mejora cuando existe una coordinación estrecha entre el pediatra, la familia, la escuela y los servicios de salud mental

RECURSOS

- Técnicas para manejar la ansiedad de niños y adolescentes Coping CAT. Disponible en: https://psicologiaymente.com/clinica/tratamiento-coping-cat
- Cuestionario SCARED en: https://novopsych.com/es-us/evaluaciones/nino/escala-de-deteccion-de-ansiedad-infantil-version-ninos-scared-c/
- Cuestionario GAD-7. Disponible en: https://centrodolordecabeza.com/escala-gad-7/
- Child mind Institute: tiene diversos recursos para padres en SM y formación. Disponible en: https://childmind.org/topics-a-z/?gad_source=1&gad_campaignid=23843177959&gbraid=0AAAADxqHB8ldvh5xXd7L33NLyqVw20Jd&gclid=Cj0KCQjwlqTRBhCBARIsANrkrxiyebXSThRsDarHgYOd9Uq70P_8FpOBk_-nq_FdXRR-OnYMrBaaC7IaAorOEALw_wcB

BIBLIOGRAFÍA

1. Woodward EC. Anxiety in Children: A Quick Guide. Child Mind Institute. Updated Dec 18, 2024.

2. Miller C. How Anxiety Leads to Problem Behavior. Child Mind Institute. Updated Jan 19, 2026.

3. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents. JAMA Pediatr. 2021;175(11):1142-1150.

4. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. Pediatrics. 2020;146(6):e2020024676.

5. Beesdo-Baum K, Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2022;31(1):1-15.

6. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology. Nat Rev Psychol. 2023;2(6):312-328.

7. Boer M, Stevens GWJM, Finkenauer C, de Looze ME. Social media use intensity, social media use problems, and mental health among adolescents. Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(2):126-135.

8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Anxiety disorders in children and young people: identification and management. London: NICE; 2024.

9. Burstein M, Georgiades K, He JP, Schmitz A, Feig E, Khazanov GK. Social anxiety disorder in adolescents: epidemiology and outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022;61(8):1021-1032.

10. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, et al. Diagnostic challenges in child and adolescent psychiatry. World Psychiatry. 2023;22(3):430-451.

11. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 5th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2025.

12. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Screening for anxiety and depression in pediatric primary care. Pediatrics. 2023;151(4):e2022058785.

13. Creswell C, Waite P, Hudson JL. Evidence-based psychological treatments for anxiety disorders in children and adolescents. Lancet Psychiatry. 2024;11(5):420-432.

14. Strawn JR, Mills JA, Sauley BA, Welge JA. Pharmacotherapy for pediatric anxiety disorders: current evidence and future directions. Depress Anxiety. 2023;40(8):635-648.

15. Woodward LJ, Fergusson DM. Childhood anxiety disorders and long-term psychosocial outcomes: updated evidence review. World Psychiatry. 2024;23(1):88-101.

16. Depresión en la infancia y adolescencia.

Dra. Paula Armero Pedreira
Pediatra de Atención Primaria.

Dra. Azucena Díez Suárez
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente.
Departamento de psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la infancia y adolescencia, y no hemos desarrollado aún estrategias de prevención en España.
- Debido a su curso recidivante y a la posibilidad de cronicidad, implica riesgos en todas las áreas a medio, corto y largo plazo.
- La predisposición genética existe, pero como pediatras tenemos que incidir en las circunstancias ambientales para un correcto abordaje.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica ya ha mostrado que en las etapas de la infancia y de la adolescencia se inician alteraciones, trastornos y patologías de salud mental[1]. Distinguir lo patológico de lo no patológico es, en muchas ocasiones, un desafío en la consulta, más sabiendo que si realizamos una adecuada identificación con una detección precoz podemos prevenir trastornos más graves a largo plazo.

La depresión en niños y adolescente se reconoce como enfermedad desde el año 1970, previamente era considerada solo una enfermedad de la edad adulta. Es importante señalar que este reconocimiento tardío se debió a que las manifestaciones clínicas y su expresión son diferentes. Los menores pueden no solo no comunicar bien los sentimientos o cambios que están experimentando, sino que en ocasiones no son conscientes de estos. Además, a menudo se manifiesta más con irritabilidad que con tristeza. La depresión tiene un impacto negativo en el funcionamiento de las personas, y aumenta el riesgo vital por ideas, intentos y muerte por suicidio, abuso de sustancias, enfermedades médicas y otros trastornos psiquiátricos[2].

Las manifestaciones del sufrimiento varían según la etapa de desarrollo del menor, de la edad, incluso del sexo. Se estima una prevalencia de depresión en la infancia del 1-2%, sin variación por sexo. Se observa un incremento exponencial durante la adolescencia, donde llega hasta el 3-8%. También existe una prevalencia diferente según sexo, siendo el doble en el sexo femenino (2:1). Estos datos epidemiológicos clásicos han variado en los últimos años. Diversos estudios han constatado un aumento de la sintomatología depresiva en menores, algunos incluso de hasta 21,3% cuando se consideran síntomas "subsindrómicos", es decir, menos síntomas de lo exigido por las clasificaciones internacionales (CIE y DSM)[3].

CLÍNICA

La depresión presenta síntomas afectivos, físicos y cognitivos (Tabla 1). Es muy importante conocer como los síntomas clínicos no se presentan igual según la edad de los menores. En el periodo preescolar se pueden ver afectados los hábitos y rutinas que ya estaban instaurados (alimentación, sueño, control de esfínteres) en forma de regresiones, las manifestaciones de tristeza predominan en los gestos, y es una etapa donde uno de los síntomas será la irritabilidad y la apatía. En el periodo escolar, los menores tienen más capacidad para expresar sus sentimientos, pero el malestar puede manifestarse como somatizaciones. Los síntomas en la adolescencia se empiezan a asemejar a los de la edad adulta, pero es necesario conocer la situación actual en cuento a los medios digitales. En muchas ocasiones el sufrimiento es desconocido por el entorno escolar y familiar, y es a través de las redes sociales donde los menores lo manifiestan.

FACTORES DE RIESGO

Las causas de la depresión en niños y adolescentes, al igual que en adultos, son multifactoriales, incluyendo factores genéticos, factores ambientales, experiencias de vida traumáticas y estrés psicosocial. Esta complejidad sugiere que el tratamiento debe ser igualmente multifacético, adaptándose a las necesidades individuales del paciente.

• **Genéticas y Biológicas:** Incluyen predisposición familiar y disfunciones en los neurotransmisores, principalmente serotonina, aunque también noradrenalina. Hay mayor riesgo cuantos más familiares tengan depresión. Se postula un modelo multigénico ya que el patrón de herencia, es desconocido. Los estudios en gemelos y sujetos adoptados ponen de manifiesto que los factores genéticos son los responsables de aproximadamente el 50% de la varianza en la transmisión de la depresión. Es decir, la evidencia actual indica que la genética puede predisponer a la depresión, pero en ningún caso lo determina.

A lo largo de los años se ha ampliado el estudio sobre la depresión, sus causas y consecuencias. Es relevante destacar las alteraciones biológicas en los mediadores neurobiológicos relacionadas con los eventos adversos (Capítulo 6) y el estrés crónico. Estas disregulaciones conllevan alteraciones funcionales que a su vez derivan en cambios a nivel cognitivo[4].

En cuanto al sexo, hay mayor predominio femenino en la depresión a partir de la adolescencia.

• **Ambientales y Psicosociales:** Cualquier tipo de eventos adverso, ya sea familiar (separación o divorcio (Capítulo 10), disfunciones familiares, presencia de enfermedades en la familia, etc.), el duelo por fallecimiento de un ser querido, el abuso-maltrato (Capítulo 6), el acoso entre iguales/ ciberacoso (Capítulo 11) y las dificultades académicas (no solo el bajo rendimiento sino también la presión académica) o sociales (Capítulo 4), se asocian con la aparición de episodios depresivos. También la favorecen el aislamiento social, algo que ha sido evidente a raíz del COVID. (Capítulo 14)

Como pediatras también debemos conocer el impacto que tiene padecer una enfermedad física crónica a nivel emocional. La mayoría de los menores son capaces de adaptarse a los desafíos y dificultades que conlleva, pero en torno a 1 de cada 4 desarrollará un trastorno de salud mental asociado a su enfermedad médica.

En este punto, el acompañamiento no solo debe centrarse en el momento del diagnóstico o de las etapas iniciales, sino que debe continuarse a lo largo de todo el proceso. Debemos también tener en cuenta las diferentes patologías crónicas y sin curación, donde el seguimiento se mantendrá permanentemente. Y es necesario atender tanto al menor enfermo como a los otros menores miembros de la familia, así como a sus padres[5].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza a través de una evaluación completa que incluye entrevistas clínicas con el niño, niña u adolescente (Capítulo 1) y sus padres o cuidadores. En la anamnesis abordaremos que tipo de sintomatología está presente (Tabla 1). En la valoración también podemos usar cuestionarios o escalas de evaluación. A continuación, se describen algunas de ellas. Es importante recordar que en ningún caso se deben plantear diagnósticos utilizando solo cuestionarios o escalas.

• El cuestionario PHQ-9 consta de 9 preguntas que detectan trastorno depresivo y se utiliza frecuentemente en Pediatría para cribado. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://aidsetc.org/sites/default/files/resources_files/PHQ-9_Spanish.pdf

• Para cuantificar el impacto de los síntomas en el funcionamiento académico, familiar y social, se puede utilizar la escala de valoración global del niño C-GAS (Children´s Global Assessment Scale). https://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/CGAS-UIICF.pdf

En todos los casos, y en especial cuando hay somatizaciones asociadas, es crucial valorar otras posibles patologías médicas o efectos de medicamentos que podrían estar causando síntomas o manifestaciones similares. No existen pruebas de imagen o de laboratorio diagnósticas para la depresión. En ocasiones si hay sospecha de comorbilidad con otras enfermedades o posibilidad de alteraciones se recomienda realizar una exploración física completa y analítica general (incluir hemograma, es importante descartar anemia, cuando ya está iniciada la menstruación), perfil tiroideo (hipotiroidismo), vitamina D, etc.) Se puede indicar la realización de pruebas de neuroimagen (resonancia magnética cerebral), cuando estemos ante casos muy graves, con síntomas psicóticos asociados o ante la presencia de signos neurológicos, y otras pruebas a considerar son genéticas (cariotipo), endocrinas o polisomnográficas, entre otras.

Los criterios diagnósticos con los que se evalúan habitualmente son los del DSM 5[6]. Requiere que un número determinado de síntomas hayan estado presentes un mínimo de dos semanas (Tabla 2).

Los pasos habituales para la evaluación de un trastorno del ánimo en niños y adolescentes, son:

- Confirmar el episodio depresivo y posible comorbilidad: de acuerdo con la presencia o ausencia de los criterios necesarios según el DSM-5, siempre que el niño/a sea mayor de 6 años. Es fundamental establecer el nivel de afectación funcional en al menos dos de las tres áreas relacionales del menor (amigos, familia y/o escuela). Igualmente, descartar signos de otras enfermedades mentales (bipolaridad, síntomas psicóticos o catatónicos, etc).

- Establecer el grado de severidad del episodio: en función del número síntomas, grado de afectación funcional y riesgo vital para sí mismo o terceras personas. También la presencia de síntomas psicóticos que impidan un juicio de realidad, la presencia de ideación o intentos suicidas o autolesiones repetidas.

- Explorar el contexto social, familiar y escolar: explorar la persistencia de factores estresantes en el entorno cercano, patología psiquiátrica en la familia (Capítulo 9) y posibilidad de garantizar un entorno seguro (supervisión del tratamiento, ausencia de tóxicos, fármacos o armas en casa u otros posibles contextos de riesgo).

TRATAMIENTO

Debido a la extensión de este capítulo se ampliará el tratamiento de la depresión en la siguiente edición de la guía.

A modo de introducción, para el pediatra es muy importante considerar los siguientes puntos clave:
Realizar una adecuada evaluación de las circunstancias es imprescindible para el estudio de la etiología y decidir el tratamiento más adecuado a cada caso.

La psicoterapia cognitivo conductual en la infancia es la modalidad que más utilidad ha demostrado. El tratamiento farmacológico añadido a la psicoterapia, se valorará en caso de depresiones moderadas-graves.

CONCLUSIONES

- **El abordaje de la sintomatología depresiva y la depresión en menores requiere formación, tiempo, escucha activa y una adecuada comunicación con el menor y su familia.**
- **El enfoque debe ser global, conociendo la situación previa y actual del menor y su familia en otros contextos (especialmente socioeducativo)**
- **Las causas externas pueden estar condicionando la aparición de la sintomatología depresiva y hay que corregirlas (si se puede).**
- **Es necesaria un abordaje multidisciplinar que incluya a la familia, centro escolar, pediatra, trabajador social, enfermería y profesionales de la salud mental.**

RECURSOS

- UNICEF: en su página web tiene información para padres. https://www.unicef.org/lac/crianza/seguridad-proteccion/como-gestionar-depresion.
- Servicios asistencia psicológica CAM: dirigido a jóvenes entre 14 y 30 años. Contacto: Por teléfono y WhatsApp: 900 14 30 00. Horario de lunes a domingo de 13 a 22 horas. Email: saludmental1430@madrid.org.
- Guía para pacientes y familiares. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_paciente.pdf
- SAVE THE CHILDREN: ¿Cómo te ha ido el día? Una guía para abordar la salud mental y emocional de nuestros hijos e hijas. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2022-07/Guia_Como_te_ha_ido_el_dia.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Orgilés, M., Morales, A., Piqueras, J. A., Marzo, J. C. y Espada, J. P. (2024). Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández https://observainfancia.es/informes/

2. Soutullo C. Depresión mayor en niños y adolescentes. Pediatr Integral. 2022; XXVI(2): 83-96.

3. Prado-Molina DG, Serna-Trejos JS, Correa-Martinez V, Flores-Álvarez LK. Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 15 de agosto de 2023;40(3):38-40. Disponible en: https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1075

4. Uwajeh K, Egbuchulem KI, Afolabi OA. Major depressive disorder:Cognitive,emotive and motivational consequences in adolescents. Ann Ib Postgrad Med. 2024 Apr 30;22(1):116-120. PMID: 38939890; PMCID: PMC11205714.

5. Shaw, R. J. & DeMaso, D. R. (2020). Clinical Manual of Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry: Mental Health Consultation With Physically Ill Children and Adolescents. (1ª). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

6. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Tabla 1. Sintomatología clínica.

Síntomas afectivos	Tristeza persistente, irritabilidad (criterio en niños, pero no en adultos), falta de interés en actividades previamente disfrutadas, sentimientos de desesperanza, pesimismo y baja autoestima. Aplanamiento emocional, ansiedad, apatía y angustia.
Síntomas físicos	Cambios en el apetito o el peso, problemas de sueño (despertares precoces, sin capacidad para volver a conciliar), fatiga o baja energía. A veces inquietud psicomotriz, molestias físicas inespecíficas y/o retraso psicomotor (enlentecimiento, letargia, mutismo). Falta de autocuidado (aseo, ropa).
Síntomas cognitivos y conductuales	Dificultad para concentrarse, bajo rendimiento académico, retraimiento social, cambios en el comportamiento habitual. Rumiación de pensamientos, distorsiones cognitivas, indecisión. En casos graves, pensamientos suicidas o autolesiones.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. • Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). • Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o dela observación). • Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). • Insomnio o hipersomnia casi todos los días. • Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. • Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. • Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). • Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). • Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral (escolar) u otras áreas importantes del funcionamiento o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

17. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes

Dra. Azucena Díez Suárez
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente.
Departamento de psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra.

Dra. Raquel Jiménez García
Sección de Pediatría General. Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

PUNTOS CLAVE

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades de origen psiquiátrico, con importantes consecuencias en la salud global: pueden llegar a ser graves
- De forma típica suelen debutar en la adolescencia. Se caracterizan por alteraciones persistentes en la ingesta de alimentos y en la percepción de su figura y peso.
- Los pediatras son los profesionales más importantes en la detección de los primeros síntomas, y cumplen un rol fundamental en el seguimiento, debido a la alta morbimortalidad de los TCA.

INTRODUCCIÓN

Los principales TCA son: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracones. En ambas existe una preocupación excesiva por la figura, las calorías o el peso. La principal diferencia es el grado de desnutrición, determinado por el índice de masa corporal.

La AN se caracteriza por desnutrición, restricción alimentaria, miedo a ganar peso y distorsión de la imagen corporal. Existen dos tipos: la restrictiva (con reducción de la ingesta calórica) y la purgativa (asocia además conductas compensatorias). La bulimia nerviosa presenta episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias, como vómitos o laxantes. El trastorno por atracones consiste en la presencia de episodios recurrentes de ingestas excesivas, pero sin conductas compensatorias. Los pacientes pueden tener obesidad o sobrepeso, aunque no es un criterio imprescindible para el diagnóstico. En la tabla 1 se enumeran los criterios diagnósticos para cada uno de los TCA[1].

En ediciones anteriores de los sistemas de clasificación de enfermedades se contemplaba la amenorrea como criterio diagnóstico de AN, esto se ha eliminado debido a la posible aparición de TCA en varones, así como la amenorrea en adolescentes premenárquicas o la toma de anticonceptivos orales.

Los pacientes con TCA con frecuencia recurren a la práctica de ejercicio físico de forma patológica con diferentes funciones, como conducta compensatoria tras un atracón, con el objetivo de evitar el aumento de peso o aumentar la masa muscular para obtener el aspecto deseado. Suele adquirir características compulsivas y rígidas, contribuyendo al mantenimiento del trastorno mediante mecanismos de refuerzo negativo, regulación emocional y perpetuación del bajo peso corporal.

La gravedad en la AN se establece por el índice de masa corporal. La BN por el número de episodios atracón – purga a la semana.

Existen casos en los que las pacientes no cumplen (o no aún), todos los criterios diagnósticos. Tanto en las consultas de atención primaria como en las de especialidades relacionadas (endocrinología, ginecología o digestivo), se suelen valorar TCA que aún están en fases iniciales o bien formas incompletas. Es crucial detectar y tratar estos TCA denominados “no especificados”, debido a que tienden a la cronicidad y a desarrollar más complicaciones con el tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se estima que aproximadamente una de cada 5 mujeres (20%) y uno de cada 7 hombres (14%) experimentará un TCA a lo largo de su vida[2]. la mayoría (75% AN, 85% BN) debutan en la adolescencia[3]. La prevalencia total de los TCA es del 1%, aunque cuando se incluyen todos los subtipos asciende al 1,7%. El más frecuente es el trastorno por atracones (1,5%), seguido de la BN (0,6%) y por último la AN (0,2%)[4]. Datos internacionales muestran desde el inicio de la pandemia por COVID-19 un aumento alarmante de la incidencia los TCA en la población adolescente, de aproximadamente un 55%, con mayor gravedad en los casos y una tendencia a un debut en edades más tempranas[5].
Se estima que el 22% de los niños y adolescentes tienen conductas alimentarias anómalas sin que exista contacto formal con salud mental, reforzando la idea de una gran cantidad de casos de TCA sub-umbrales o no tratados, cuya evolución se podría detener con intervenciones adecuadas[6].

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo, el más determinante es la decisión voluntaria de modificar la alimentación con el fin de perder peso, es decir, ponerse a dieta. Considerando que en nuestro medio de forma aproximada la mitad de las adolescentes cambian algo en su dieta para perder peso[7], es lógico pensar que existen más factores que intervienen en la aparición de un TCA. Esta reflexión es muy importante para la prevención, tal y como se verá más adelante.

La etiología es multifactorial e incluye factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y socioculturales. Estos a su vez pueden actuar como predisponentes, precipitantes o perpetuantes.

Factores predisponentes:

- Rasgos de personalidad: inseguridad, baja autoestima, introversión, alexitima. En la AN predomina el perfeccionismo y la autoexigencia, en la BN hay más impulsividad.
- Antecedentes de obesidad en la paciente y en la familia
- Antecedentes familiares: la presencia de TCA en familiares de primer grado aumenta el riesgo de padecerlo en 4 veces, se estima una heredabilidad del 50%[8].

Factores precipitantes:

- Dietas restrictivas.
- Eventos vitales estresantes de cualquier tipo: familiares, sociales, acoso, abuso de cualquier tipo.
- Etapa de la adolescencia, debido a los cambios corporales, el desarrollo de una nueva identidad, influencia de los iguales, medios de comunicación y redes sociales.

Factores perpetuantes:

- Factores biológicos, como desnutrición, retraso vaciado gástrico.
- Factores psicológicos, cognitivos, obsesivos y emocionales, síntomas depresivos.
- Factores sociales, aislamiento social. (Capítulo 14)

Todos ellos interactúan entre sí: la desnutrición perpetúa la obsesividad y el malestar emocional.

EVALUACIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN

Ante la sospecha, se debe realizar una evaluación completa que incluya: historia clínica con el adolescente y con sus padres o cuidadores, exploración física completa, constantes vitales y medición de peso, talla e IMC, comparando con datos previos. La entrevista a la familia es imprescindible, en especial en la AN, en la que existe una escasa conciencia de enfermedad y una tendencia a mentir u ocultar síntomas. Se deben valorar aspectos relacionados con los cambios en la alimentación, sus cogniciones erróneas y sus intenciones. Los antecedentes familiares de TCA, ya sean diagnosticados o no, las cogniciones de la propia familia y los posibles antecedentes personales de acoso o abuso son aspectos fundamentales. (Capítulo 11) (Capítulo 10)

La detección precoz de los TCA depende principalmente de que el pediatra mantenga un adecuado conocimiento y una actitud de "alta sospecha", especialmente ante síntomas físicos como dolor abdominal, estreñimiento, mareos, amenorrea o supuestas intolerancias alimentarias, sobre todo si hay pérdida de peso. Pero también ante la presencia de ansiedad y síntomas depresivos que asocian una negativa a comer o restricción de alimentos calóricos.

Es importante reconocer presentaciones atípicas: algunos pacientes (especialmente niños o varones) pueden no expresar miedo a engordar ni deseo de adelgazar. En estos casos pueden observarse alteraciones del crecimiento o conductas como ejercicio excesivo con objetivo de conseguir un mejor aspecto más musculoso o definido. El IMC normal no descarta un TCA, ya que puede existir malnutrición incluso con peso normal o sobrepeso.

Las pruebas de laboratorio ayudan a detectar complicaciones, aunque resultados normales no excluyen el trastorno. El electrocardiograma está indicado en pacientes con signos cardíacos (bradicardia menor de 40 latidos/minuto), alteraciones electrolíticas o desnutrición grave.

También es necesario valorar otras causas de los síntomas, pero ante la sospecha no se deben pedir exploraciones innecesarias, con el objetivo de no retrasar el diagnóstico. Una vez confirmado el TCA, se requiere seguimiento estrecho debido a posibles complicaciones graves que pueden afectar a múltiples órganos.

A continuación, se enumeran algunas medidas fundamentales para la prevención primaria de los TCA en niños y adolescentes que pueden ser útiles para pediatras[9].

- Desaconsejar dietas restrictivas, saltarse comidas o periodos prolongados de ayuno.
- Promover las comidas familiares, buscando una observación y un efecto protector.
- Evitar comentarios frecuentes sobre el peso y la imagen corporal en el entorno familiar.
- Evitar burlas o comentarios negativos sobre el peso.
- Promover una imagen corporal positiva. Indagar sobre antecedentes de maltrato, divorcio, eventos adversos o acoso escolar. (Capítulo 11) (Capítulo 6) (Capítulo 10)
- Supervisar de forma cuidadosa la pérdida de peso en adolescentes que lo necesiten.

TRATAMIENTO

El tratamiento precoz de los TCA es fundamental para evitar su cronificación. Debe ser interdisciplinar, pero coordinados entre ellos. Por lo general será liderado por un profesional de la salud mental, psiquiatra en la mayoría de los casos por las implicaciones en diferentes aspectos de la salud. También es esencial la participación de psicólogos, pediatras o médicos de atención primaria, enfermeras y especialistas en nutrición. La derivación a psiquiatría es fundamental y no debe retrasarse. Todos los profesionales deben contribuir a que esta derivación a salud mental (a menudo estigmatizante y asociada a culpa en los padres), se realice con firmeza y con respeto, transmitiendo un mensaje de seguridad. Se deben evitar intervenciones no coordinadas que puedan ser perjudiciales. En los casos menos graves el tratamiento se realizará de forma ambulatoria, y según la evolución o si muestra signos de gravedad (ver tabla 2) se requerirá un ingreso en una unidad de psiquiatría.

Los pilares del tratamiento son el soporte nutricional (priorizando la recuperación del peso) y la intervención psicológica, según el caso y el momento de evolución. En los casos más graves la psicoterapia no suele ser efectiva al inicio, debido al estado cognitivo de las pacientes.

En esas situaciones la intervención psicológica se debe centrar más en la psicoeducación, es decir, concienciar de las características de la enfermedad, su gravedad y las complicaciones que pueden desarrollarse, para motivar a la paciente hacia la curación. En la AN este proceso, debido a la escasa conciencia de enfermedad puede resultar muy dificultoso. Las pacientes con BN suelen tener más conciencia del problema. El peso objetivo debe individualizarse y, en chicas, la reaparición de la menstruación es un signo de recuperación. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección en bulimia nerviosa.

La Terapia Basada en la Familia (FBT) es la más eficaz en niños y adolescentes con anorexia y bulimia, destacando el papel activo de los padres en la recuperación[10]. Se basa en la idea de que la familia, y en particular los padres, son clave en la recuperación del paciente. De este modo no se culpa a la familia, sino que la convierte en el principal recurso terapéutico. Su objetivo fundamental es recuperar la desnutrición e ir normalizando la alimentación bajo supervisión de los padres. Tiene un enfoque práctico, es manualizada y suele ser muy bien aceptada por las familias, por lo que los pediatras pueden colaborar en su aplicación. Cuenta con una evidencia de eficacia superior a las terapias individuales en adolescentes.

Los psicofármacos no son de primera elección en la AN, pero suelen utilizarse cuando hay comorbilidad con síntomas de ansiedad limitantes, o depresivos. En la AN en concreto la olanzapina puede ayudar. En estos casos es importante comenzar por dosis muy bajas y monitorizar las constantes cardiovasculares. En los casos de bulimia, la fluoxetina ha mostrado su eficacia en la reducción del ciclo atracón – purga. En el trastorno por atracones están indicados tanto los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS).
El pediatra tiene un papel activo tanto al inicio como durante todo el tratamiento, siempre en coordinación con el equipo interdisciplinar. En los casos más graves puede ser necesario un ingreso en psiquiatría.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El pronóstico de los TCA depende principalmente de la precocidad del diagnóstico y tratamiento y del apoyo familiar. Los factores que implican un peor pronóstico son: inicio del cuadro clínica a una edad atípica (prepuberal o adulta tardía), mayor duración de los síntomas, en especial si han requerido hospitalizaciones repetidas, mayor grado de desnutrición, un apoyo familiar escaso o inadecuado, una funcionalidad premórbida (relaciones sociales, aficiones, funcionamiento vital) pobre o la presencia de rasgos de personalidad muy disfuncionales que puedan derivar en un trastorno de personalidad. Sin embargo, hay una mayor tasa de recuperación en los casos en los que se inicia precozmente el tratamiento, cuando la duración es menor a 6 meses o un año, cuando hay ausencia de conductas purgativas, una buena adaptación escolar y ocupacional previas, sin presencia de factores precipitantes y un buen apoyo y relaciones familiares[11].

Como datos promedio, en la anorexia se llega a alcanzar una recuperación completa en el 50-70% de los casos a los 10 años (50% a los 5 años), con el tratamiento adecuado. Del porcentaje restante, permanecen con una mejoría parcial 20–30% y 10-15% continúan mostrando algunos síntomas característicos con buen ajuste psicosocial. La evolución de la BN es algo mejor, con cifras de recuperación que rondan 70-80%. En general, los TCA tienden a la recurrencia en aproximadamente 25-30% de los casos, y algunas personas pueden desarrollar diferentes tipos de TCA a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

- Los TCA son un grupo de enfermedades de origen psiquiátrico, pero con importantes consecuencias en la salud global, pueden ser muy graves. Se caracterizan por alteraciones persistentes en la ingesta de alimentos y en la percepción de su figura y peso.
- Suelen debutar en la adolescencia.
- Los pediatras son los profesionales más importantes en la detección de los primeros síntomas, y cumplen un rol fundamental en el seguimiento, debido a la alta morbimortalidad de los TCA.
- El tratamiento de elección de la AN es la renutrición, y el de la BN la terapia cognitivo conductual y/o la fluoxetina.
- La prevención de la mano de los pediatras es fundamental.

RECURSOS

- ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia): ofrece guías para familias, orientación y atención telefónica, talleres y grupos de apoyo: https://www.acab.org
- FEACAB (Federación de asociaciones de TCA): da información fiable sobre TCA, recursos prácticos para padres y listado de asociaciones locales: https://feacab.org/
- Maudsley Parents (FBT): oferta de manuales de Terapia Basada en la Familia, con consejos prácticos para comidas y consejos en casa: http://www.maudsleyparents.org
- Libro “Princesas de Cristal”: https://almuzaralibros.com/fichalibro php?libro=4506&edi=3

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.

2. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW. Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1912925.

3. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: what age at onset? Psychiatry Res. 2016;238:225–227.

4. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, Wan Y, Li C, Yu D. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. Eat Weight Disord. 2022 Mar;27(2):415-428.

5. Madigan S, Vaillancourt T, Dimitropoulos G, Premji S, Kahlert SM, Zumwalt K, Korczak DJ, von Ranson KM, Pador P, Ganshorn H, Neville RD. A Systematic Review and Meta-Analysis: Child and Adolescent Healthcare Utilization for Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2025 Feb;64(2):158-171.

6. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global proportion of disordered eating in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023;177(4):363–372.

7. Fondell E, Vallejos J, Piazza AJ, Calle MC. Lifestyle behaviors associated with weight loss intent in adolescent girls: findings from the US 2021 National Youth Risk Behavior Survey. Nutrients. 2025;17(10):1676.

8. Rashid MH, Deora N, Kolur SR, Malini SS, Sen P. Genetic predisposition and severity of eating disorders: a review. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2025;24(7):498 510.

9. Jiménez García R, Canga-Espina C, Múñoz Domenjó A, Ochando Perales G, Díez-Suárez A. Eating disorders: Involvement of pediatricians in their prevention, early detection, evaluation and multidisciplinary management. An Pediatr (Engl Ed). 2025 Aug;103(2):503907.

10. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.

11. Sala M, Keshishian A, Song S, Moskowitz R, Bulik CM, Roos CR, Levinson CA. Predictors of relapse in eating disorders: a meta-analysis. J Psychiatr Res. 2023;158:281–299.

Tabla 1: Criterios diagnósticos según DSM-5TR para los Trastornos de la Conducta alimentaria.

Diagnóstico	Criterios diagnósticos
Anorexia nerviosa (AN)	A. Restricción de la ingesta energética respecto a las necesidades, con peso corporal significativamente bajo. B. Miedo intenso a ganar peso o comportamiento que interfiere con el aumento de peso. C. Alteración en la percepción del peso o la forma corporal. Subtipos: restrictivo; atracón/purgas. • Tipo restrictivo: Pérdida de peso lograda principalmente a través de dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo, sin episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos 3 meses. • Tipo atracón/purgas: Episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas) en los últimos 3 meses.
Bulimia nerviosa (BN)	Episodios recurrentes de atracones caracterizados por: - Comer en un período breve una cantidad de comida mayor a la que la mayoría de las personas consumiría en circunstancias similares. - Sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio. - Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos, medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo). - Los episodios de atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos una vez por semana durante 3 meses. - Autoevaluación indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo. - Los atracones y las conductas compensatorias no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
Trastorno por atracón (TA)	Episodios recurrentes de atracones caracterizados por: - Comer en un período breve una cantidad de comida mayor a la que la mayoría consumiría en circunstancias similares. - Sensación de falta de control durante el episodio. - Los episodios de atracones incluyen al menos 3 de los siguientes: - Comer mucho más rápido de lo normal. - Comer hasta sentirse incómodamente lleno. - Comer grandes cantidades de comida sin hambre. - Comer solo por vergüenza de cuánto se está comiendo. - Sentirse culpable, disgustado o deprimido después de comer. - Malestar intenso respecto a los atracones. - Los atracones ocurren al menos una vez por semana durante 3 meses. - No asociado a conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa.

Diagnóstico	Criterios diagnósticos
Otros trastornos especificados de la conducta alimentaria	- Anorexia nerviosa atípica (ANA): Todos los criterios de AN se cumplen, pero el peso está dentro o por encima del rango normal, a pesar de la pérdida de peso significativa. - BN de baja frecuencia o duración limitada: Todos los criterios de BN se cumplen, pero los episodios ocurren menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses. - TA de baja frecuencia o duración limitada: Todos los criterios de TA se cumplen, pero los episodios ocurren menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses. - Trastorno de purga: Conductas de purga recurrentes (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) sin atracones asociados, con la intención de influir en el peso o la forma corporal. - Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiestan por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar.
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TANE)	Se utiliza cuando no se cumplen completamente los criterios de un trastorno específico o no existe información suficiente para un diagnóstico más preciso.
Otros	Pica: ingestión persistente de sustancias no nutritivas. Trastorno de rumiación: regurgitación repetida de alimentos durante al menos un mes.

Tabla 2: Criterios de hospitalización para los TCA.

Anorexia Nerviosa	• Desnutrición severa (perdida > 30% peso) • Alteraciones del equilibrio hidrolectrolítico. • Alteraciones signos vitales (hipotensión, bradicardia, hipotermia) • Infecciones intercurrentes en pacientes gravemente desnutridos.
Bulimia Nerviosa	• Consumo grave de alcohol y drogas. • Conducta suicida. • Vómitos incoercibles • Autolesiones graves • Alteraciones orgánicas severas.
Criterios psicológicos (AN, BN)	• Sintomatología depresiva asociada (tristeza, ansiedad intensa • Riesgo suicidio • Falta de motivación y rechazo al tratamiento. • Graves alteraciones de la dinámica familiar y/o situación social muy alterada. • Fracaso del tratamiento ambulatorio.

18. ¿Cómo distinguir conducta suicida de autolesiones no suicidas? ¿Qué podemos hacer desde atención primaria?

Dra. Lorena Algarrada Vico
Pediatra de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Dra. Lorena Vázquez Gómez
Pediatra de Atención Primaria. Centro de salud de Vilalba. Lugo.

Dra. Azucena Díez Suárez
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra.

PUNTOS CLAVE

- La conducta suicida y las autolesiones no suicidas han aumentado significativamente en adolescentes, constituyendo un problema emergente de salud pública y un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria y Urgencias Pediátricas.
- La diferenciación entre conducta suicida y autolesiones no suicidas es fundamental, ya que la primera implica intención de morir, mientras que las autolesiones no suicidas cumplen una función de regulación emocional, aunque ambas pueden coexistir y comparten factores de riesgo.
- El pediatra juega un papel clave en la detección precoz y manejo inicial, mediante la evaluación del riesgo, la identificación de factores de riesgo y protección, y la aplicación de planes de actuación y derivación adecuados.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida (CS) y las autolesiones no suicidas (ANS) han aumentado de forma significativa en la población infantojuvenil en los últimos años, convirtiéndose en un motivo frecuente de consulta tanto en atención primaria como en urgencias pediátricas[1-3]. Es fundamental diferenciar entre CS y ANS (tabla 1). La CS implica la presencia de intencionalidad de morir, mientras que las ANS tienen como finalidad principal la regulación del malestar emocional, aunque ambas pueden coexistir y comparten factores de riesgo[3,4]. En este contexto, el pediatra desempeña un papel clave, debiendo realizar una evaluación clínica dirigida que incluya la valoración del riesgo suicida, la identificación de factores precipitantes y la detección de factores protectores, con el fin de orientar adecuadamente la toma de decisiones clínicas[2].

CONDUCTA SUICIDA

La CS engloba un espectro continuo que incluye la ideación suicida, la planificación, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Se caracteriza por pensamientos y comportamientos autoinfligidos con intencionalidad de morir, explícita o implícita, y suele asociarse a sentimientos persistentes de desesperanza y sufrimiento emocional intenso[2,5].

EPIDEMIOLOGÍA

En España, el suicidio es la principal causa de muerte en adolescentes, especialmente entre los 15 y 19 años, y mantiene una tendencia creciente en las últimas décadas[1]. Aunque su frecuencia es menor en menores de 15 años, también se ha observado un aumento progresivo en este grupo de edad, lo que indica una afectación cada vez más precoz. Sin embargo, el suicidio consumado representa solo una parte del problema. Se estima que en adolescentes existen entre 100 y 200 intentos por cada suicidio consumado, lo que evidencia la magnitud real del problema[6].

Desde aproximadamente 2010 se observa un incremento sostenido de la conducta suicida, con una clara aceleración tras la pandemia de COVID 19[3]. Este aumento se ha reflejado en indicadores asistenciales, como el incremento de hasta un 122% en las intoxicaciones medicamentosas como método de intento suicida en urgencias pediátricas, que actualmente constituyen uno de los mecanismos más frecuentes[3]. Asimismo, los datos poblacionales confirman esta tendencia. El análisis de la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) entre 2012 y 2022 muestra un aumento muy significativo de la conducta suicida en menores: los intentos se han multiplicado por 25,9 y la ideación suicida por 23,7, concentrándose el 63,8% de los casos en los últimos tres años. Además, entre 2020 y 2021 se observó un incremento del 90,9% en las consultas por ideación e intentos suicidas[7]. Estos datos evidencian un problema emergente de salud pública y subrayan la necesidad de estrategias de detección precoz en pediatría.

PERFIL CLÍNICO

El perfil más habitual corresponde a un adolescente de entre 13 y 17 años, con inicio precoz de la sintomatología, alrededor de los 13 años. Existe un predominio de conductas no letales en el sexo femenino mientras que los varones presentan intentos de mayor letalidad[1,3,8]. La mayoría de los pacientes presentan patología psiquiátrica previa, especialmente trastornos depresivos y de ansiedad, y son frecuentes los antecedentes de intento suicida y de autolesiones[2,3,8]. Estos antecedentes constituyen los principales predictores de repetición y aumento del riesgo.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN (TABLA 2)

La CS tiene un origen multifactorial. Entre los factores de riesgo destacan los trastornos mentales (especialmente la depresión), el intento previo de suicidio, las autolesiones, el consumo de sustancias y la impulsividad, todos ellos claramente asociados a una mayor probabilidad de intento[2,5,6]. A nivel familiar, el conflicto, la mala comunicación y la psicopatología parental incrementan la vulnerabilidad, mientras que en el ámbito social adquieren especial relevancia el bullying, el aislamiento y los problemas escolares[2,3,7,8]. Por el contrario, los factores protectores, como el apoyo familiar, la existencia de una red social adecuada y una buena regulación emocional, actúan como moduladores del riesgo. Su identificación es fundamental para la elaboración de planes de seguridad, la toma de decisiones clínicas y el seguimiento del paciente[2,9].

Es prioritario reconocer las situaciones de alto riesgo, que requieren derivación urgente: ideación suicida activa, planificación estructurada, acceso a medios letales, intento reciente, desesperanza intensa o ausencia de apoyo social[2,6].

En la práctica clínica, la valoración no debe centrarse únicamente en los factores de riesgo. La exploración sistemática de los factores protectores es igualmente esencial, ya que permite ajustar el nivel de intervención, facilitar la toma de decisiones y orientar el seguimiento desde atención primaria.

¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Los pediatras ocupamos una posición privilegiada en la detección precoz de la conducta suicida. Si la intervención se ejerce desde la empatía y la ciencia, puede ser decisiva para la prevención y el manejo de ambas situaciones. Desde la Academia Americana de Pediatría se recomienda realizar un cribado universal de la conducta suicida a partir de los 12 años[10] y el National Institute Of Mental Health (NIMH) nos ofrece herramientas como el ASQ para consultas de atención primaria.

Además de la detección del riesgo, como pediatras debemos reconocer las situaciones urgentes, así como poder establecer un plan de actuación y de seguimiento. Debemos recordar que preguntar por ideas de muerte, autolesiones o suicidio no induce la conducta suicida, sino que puede permitirnos abrir un espacio de comunicación con paciente disminuyendo el riesgo[11].

En el caso del paciente con conducta suicida puede ser útil tener preparadas algunas preguntas que nos pueden ayudar en medio de nuestra consulta "¿cómo te encuentras últimamente?, ¿qué es lo que más te preocupa?, ¿hay momentos en los que no puedes más?, ¿has pensado alguna vez que preferirías desaparecer o en hacerte daño?, ¿has pensado en quitarte la vida?, ¿cómo lo harías?, ¿lo has intentado alguna vez?

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN CONDUCTA SUICIDA Y PLAN DE ACTUACIÓN (ADAPTADO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA NACIONAL) [12]

- Riesgo actual bajo: presencia de ideación suicida sin planificación, con factores protectores claros y colaboración por parte de la familia. Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida, centrarse en los aspectos positivos que permitan hablar sobre la capacidad de resolución de problemas, derivación a Salud Mental Infanto-Juvenil y revisión programada con plan de reconsulta inmediata en caso de empeoramiento.

- Riesgo actual moderado (requiere evaluación especializada preferente): ideación y planificación suicida, pero no inmediata, petición de ayuda. Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de sentimientos, ideación y planificación suicida, centrarse en los aspectos positivos que permitan hablar sobre la capacidad de resolución de problemas, pactar un plan de seguridad (consiguiendo un compromiso que prometa no llevar a cabo el acto suicida sin un contacto previo con sanitarios durante un periodo de tiempo) y contacto con la familia. Respecto a la derivación a salud mental esta debe ser preferente, asegurando un contacto en 48-72 horas por parte de los servicios sanitarios.

- Riesgo actual alto: plan definido e inmediato, intento reciente de alta letalidad, imposibilidad de conseguir seguridad en casa, ausencia de apoyo familiar, duda clínica. En este caso es condición obligatoria no dejar solo al paciente, retirándole todos aquellos materiales que sean peligrosos en este contexto, plan de seguridad y traslado a Servicio de Urgencias Pediátricas y/o Salud Mental Infanto-Juvenil para valoración urgente por los servicios especializados (psiquiatría). Además, debe asegurarse un seguimiento posterior en las primeras 48-72 horas[13].

En consecuencia, se proponen unos criterios de derivación urgente[12]:

- Conducta suicida grave reciente.
- Ideación suicida activa, con expresión de intencionalidad.
- Plan suicida elaborado.
- Acceso a medios potencialmente letales.
- Preparativos suicidas: nota, despedidas, acumulación de medicación, notas de despedida.
- Autolesiones graves, profundas, múltiples, repetidas o en escalada.
- Intoxicación medicamentosa, ingesta de tóxicos o sospecha de sobredosis.
- Presencia de: agitación intensa, impulsividad marcada, síntomas psicóticos, alucinaciones o desorganización conductual.
- Consumo de tóxicos.
- Situación sociofamiliar de riesgo (falta de apoyo) o imposibilidad de supervisión segura.

En aquellos pacientes en los que no sean valorados urgentemente por los profesionales especializados ha de llevarse a cabo un plan de seguridad, que debe ser comprendido tanto por el paciente como por su familia. Dejaremos claras y comprendidas las señales de alarma: aislamiento, mensajes de despedida, búsqueda de métodos letales, aumento de autolesiones, llanto inconsolable... Stanley y Brown proponen un plan escrito, breve, compartido y ensayado[14]. En este plan se establecerán:

- Señales de alarma ante una crisis suicida inminente.
- Empleo de estrategias internas de afrontamiento (ducha, caminar, escuchar música, cambiar de estancia, técnicas sensoriales).
- Distracción con personas (contactos) o lugares (entornos sociales) como medio distractor de los pensamientos suicidas.
- Pedir ayuda directamente, recurriendo a familiares o amigos para resolver la crisis.
- Recursos profesionales: 024, 112.
- Hacer el entorno seguro restringiendo el acceso a medios letales.
- Razones para vivir.

AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Las ANS son conductas intencionadas, autodirigidas y sin intención suicida, orientadas a provocar daño corporal (cortes, quemaduras, arañazos, golpes), cuyo objetivo principal es la regulación del malestar emocional. Deben considerarse un marcador de vulnerabilidad psicológica y un factor de riesgo relevante de conducta suicida futura, por lo que su detección precoz es esencial en atención primaria y hospitalaria[4].

Las ANS pueden clasificarse en función de la forma en que se produce el daño:

- Autolesiones directas: implican un daño corporal inmediato e intencional, siendo la forma más característica. Incluyen conductas como cortes, quemaduras, golpes o autogolpes y arañazos o mordeduras severas. Estas conductas suelen tener una función clara de regulación emocional y son las más frecuentes en la práctica clínica[3-5].

- Autolesiones indirectas: son aquellos comportamientos en los que el daño no es inmediato, pero existe una intencionalidad autolesiva o una negligencia deliberada hacia el propio bienestar. Entre ellas destacan las conductas de riesgo, el consumo de sustancias, la restricción alimentaria o el autocuidado inadecuado. Aunque pueden pasar más desapercibidas, comparten mecanismos psicológicos similares a las autolesiones directas, especialmente relacionados con la regulación emocional y la autocrítica[4,5,9].

EPIDEMIOLOGIA

Las ANS han mostrado un aumento progresivo en las últimas décadas, especialmente en población adolescente, con un incremento más marcado en los últimos años y un claro repunte tras la pandemia por COVID 19. Actualmente, la prevalencia global se sitúa en torno al 15–20% de los adolescentes, con cifras similares en nuestro entorno[3,6].

En España, se estima que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes presenta ANS a lo largo de su vida, y alrededor de un 10–15% refiere episodios en el último año[3,8,9]. Las ANS se asocian a mayor riesgo de ideación suicida (RR≈5) e intentos de suicidio (RR≈9) y aumentan hasta 9 veces el riesgo de intento suicida[4,5,6].

PERFIL CLÍNICO

El inicio de las ANS suele situarse en torno a los 13 años, con un pico de incidencia entre los 15 y los 17 años[3,6]. La aparición precoz se asocia a mayor gravedad clínica y peor pronóstico, incluyendo un mayor riesgo de evolución hacia conducta suicida[4,6].

Existe un claro predominio en el sexo femenino (21,4% frente a 13,7%), aunque la conducta está presente en ambos grupos y puede estar infraidentificada en varones[3,8,9]. En cuanto a los métodos, los cortes en extremidades son la forma más frecuente de autolesión. En aproximadamente la mitad de los casos se trata de episodios aislados o limitados en el tiempo; sin embargo, una proporción relevante presenta conductas repetitivas, lo que incrementa el riesgo de cronificación y de complicaciones clínicas[3-5].

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN (TABLA 2)

El principal mecanismo subyacente es la desregulación emocional, acompañada de impulsividad, baja autoestima y alta autocrítica[4,5]. Asimismo, influyen factores psicosociales como el maltrato, el conflicto familiar, el bullying y la exposición a conductas autolesivas en el entorno o en redes sociales, todos ellos asociados a un aumento de la vulnerabilidad. En cuanto a los factores protectores, especialmente los familiares y sociales, desempeñan un papel fundamental en la prevención y en la modulación del riesgo[3,4,9].

No todas las ANS tienen el mismo significado clínico. Se consideran marcadores de mayor gravedad la repetición frecuente de conductas, el uso de múltiples métodos y la mayor intensidad de las lesiones, ya que se asocian a mayor riesgo de cronificación y de evolución hacia conducta suicida[4-6].

¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

En cuanto al paciente con ANS debemos registrar el tipo o tipos de lesiones que presente (cortes, quemaduras, golpes, mordeduras, arañazos...), así como su localización y su gravedad, su frecuencia, el tiempo de evolución, la función de las ANS (sentir alivio, autocastigo, control, sensación de pertenencia a un grupo...) y la ocultación o exhibición de las lesiones. Por otro lado, debemos explorar específicamente si el paciente presenta ideas de muerte y/o planificación suicida, así como valorar si las lesiones que se dan precisan tratamiento médico (curas, sutura...).

Indicaremos estrategias de regulación alternativas a las ANS: salir de la habitación, ducharse, escuchar música, caminar acompañado, usar hielo envuelto en tela, ponerse una goma de pelo en la muñeca, llamar a alguien...[15].

Con respecto a las familias deben trabajarse dos ideas: las ANS son una petición de ayuda y la respuesta no debe ser de castigo o reprobación.

Debemos valorar la derivación a Salud Mental Infanto-Juvenil de forma preferente en caso de que las ANS sean recurrentes, se asocie algún tipo de comorbilidad u observemos una escalada en la gravedad de las lesiones. Asimismo, se realizará un seguimiento periódico en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

- **La CS y las ANS presentan un origen multifactorial en el que interactúan factores individuales, familiares y sociales, siendo los trastornos mentales y los antecedentes personales los principales factores de riesgo.**
- **Las ANS deben considerarse un marcador de vulnerabilidad psicológica y un importante factor predictor de futura conducta suicida, por lo que requieren valoración y seguimiento específico.**
- **La implicación de la familia, el refuerzo de factores protectores y la elaboración de planes de seguridad son intervenciones clave que contribuyen a reducir el riesgo y mejorar el pronóstico.**
- **La detección precoz, la adecuada estratificación del riesgo y la intervención desde Atención Primaria son fundamentales para prevenir desenlaces graves. El pediatra desempeña un papel clave en la identificación y manejo inicial, así como en la coordinación con los servicios especializados.**

RECURSOS

- https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asqtranslations/asq-spanish.pdf
- www.familiaysalud.es/sites/default/files/autolesionarse_sj_actualizado_2025_pro.pdf
- www.familiaysalud.es/sites/default/files/autolesiones.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte en España. Madrid: INE; [consultado 7 may 2026]. Disponible en: https://www.ine.es

2. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment and management. NG225. London: NICE; 2022 [consultado 7 may 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

3. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. An Pediatr (Barc). 2023;98:204-12.

4. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379(9834):2373-82.

5. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-63.

6. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with self-harm. Lancet Psychiatry. 2019;6(4):327-37. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

7. Fundación ANAR. Estudio sobre la conducta suicida en la infancia y la adolescencia en España (2012–2022). Madrid: Fundación ANAR; 2022 [consultado 7 may 2026]. Disponible en: https://www.anar.org

8. Algarrada Vico L, Martínez-Sánchez L, Baena Olomí I, Benito Caldés C, Rodríguez Varela A, López-Corominas V, et al. Estudio multicéntrico sobre las características sociales, epidemiológicas y clínicas en las intoxicaciones con finalidad suicida en adolescentes. Emergencias. 2024;36:438-46.

9. Goñi-Sarriés A, Morata-Sampaio L, Díez-Suárez A, Pírez G, Zorrilla I, Sánchez-Villegas A. Global index of lifestyle quality and non-suicidal self-injury in the SESSAMO project: a Spanish adolescents cohort. Eur J Public Health. 2025;ckaf159.

10. Screening for Suicide Risk in Clinical Practice [Internet]. 2023 [citado 7 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/strategies-for-clinical-settings-for-youth-suicide-prevention/screening-for-suicide-risk-in-clinical-practice

11. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Côté J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293(13):1635-1643.

12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Revisada en 2020 https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

13. Fernández Laffitte M, Puntí Vidal J, Esteve Cerdá M, Vilaseca García B, Gracia Liso R. Malestar emocional y conducta suicida en la consulta de Atención Primaria: manejo práctico en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:299-307.

14. Stanley B, Brown G. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk, Cognitive and Behavioral Practice. 2012; 19, 2: 256-264.

15. Como puedes evitar autolesionarte [Internet]. SOM360. 2021 [citado 7 de junio de 2026]. Disponible en: https://autolesiones.som360.org/es/blog/como-puedes-evitar-autolesionarte

Tabla 1. Diferencias entre conducta suicida y autolesiones no suicidas

	Conducta suicida	Autolesiones no suicidas
Intención	Acabar con la vida	No existe intención suicida
Emoción predominante	Desesperanza profunda	Malestar emocional agudo (desesperación)
Métodos	Mayor letalidad	Lesiones superficiales; métodos repetidos
Riesgo vital	Elevado	Bajo, salvo coexistencia con ideación
Curso	Puede progresar rápidamente	Alta repetición
Relación entre	Las autolesiones no suicidas repetidas aumentan riesgo de intento	Pueden coexistir

Tabla 2. Factores de riesgo y protectores en la conducta suicida y las autolesiones no suicidas

	Factores de riesgo	Factores protectores
Conducta suicida	**Individuales** - Depresión y otros trastornos mentales como trastorno bipolar, ansiedad *(principal factor de riesgo)* - Intento previo de suicidio (predictor más potente) - ANS - Consumo de alcohol y drogas - Impulsividad y desregulación emocional - Enfermedad crónica/dolor crónico **Familiares** - Conflicto familiar o mala comunicación - Maltrato (físico, emocional o sexual) - Psicopatología parental - Historia familiar de suicidio/tentativa **Sociales** - Bullying/ciberbullying - Aislamiento social - Problemas escolares o rupturas - Rupturas afectivas o duelos **Digitales** - Uso problemático de redes sociales - Exposición a contenido suicida	**Individuales** - Regulación emocional, autoestima, buenas estrategias de afrontamiento, proyecto vital y expectativas de futuro **Familiares** *(principal factor protector)* - Apoyo emocional, comunicación abierte y efectiva, apego seguro, supervisión parental adecuada **Sociales** - Red de apoyo, integración escolar, buen clima educativo, participación en actividades (deporte, ocio) **Clínicos** - Detección precoz en atención primaria, acceso a salud mental y seguimiento, intervenciones psicoterapéuticas eficaces
Autolesiones no suicidas	**Individuales** - Desregulación emocional *(principal factor de riesgo)* - Depresión, ansiedad, TCA (x2 riesgo de ANS) - Baja autoestima, impulsividad - Experiencias adversas - Historia previa de ANS *(principal predictor)* **Familiares** - Apego inseguro, comunicación deficiente, invalidación emocional, conflicto familiar - Psicopatología parental **Sociales** - Bullying/ciberbullying, aislamiento social, rechazo por iguales, dificultades académicas **Digitales** - Exposición en redes, uso problemático de internet, contagio social - Eventos vitales estresantes	**Individuales** - Regulación emocional y resiliencia, autoestima, estrategias de afrontamiento adaptativas **Familiares** *(factor protector fundamental)* - Apoyo familiar y apego seguro, validación emocional, comunicación abierta, supervisión parental adecuada **Sociales** (factor protector fundamental) - Red de apoyo, relaciones significativas y sentimiento de pertenencia, buen clima educativo, programas de educación emocional y prevención del acoso **Clínicos** - Detección precoz en atención primaria, acceso a salud mental, intervenciones psicoterapéuticas

19. Técnicas para serenar mente y cuerpo.

Dra. Itz Oiz Urriza
Pediatra de AP en Centro de Salud V Centenario.
San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Dra. Concha Bonet de Luna
Pediatra. Responsable de las consultas del Adolescente en Hospital Infantil La Paz (HULP).

PUNTOS CLAVE

- Autocompasión: Tratarse con amabilidad, reconocer el sufrimiento como parte de la experiencia humana y aceptar el dolor emocional sin juicio autocrítico.
- Regulación mente-cuerpo: El equilibrio emocional depende en gran medida del estado del sistema nervioso autónomo y de la percepción de seguridad fisiológica.
- Enfoque terapéutico integrador: Un abordaje que prioriza la regulación emocional, la aceptación y la autonomía del paciente más allá de las etiquetas diagnósticas.

INTRODUCCIÓN

Nuestra consulta es con frecuencia un lugar donde los pacientes comentan o dejan entrever sufrimiento emocional (ansiedad, soledad, irritabilidad, somatizaciones, etc). Este capítulo tiene como objetivo ofrecer herramientas prácticas para serenar la mente, acompañar el malestar y favorecer procesos de regulación emocional en situaciones cotidianas.

No vamos a hablar aquí de trastornos mentales que requieren abordaje especializado. Pero no todo sufrimiento constituye patología[1]. La escucha, el apoyo y el acompañamiento son terapéuticos siempre que se integre el contexto vital, los valores y la participación activa del paciente.

Desde nuestra consulta (profesionales e instituciones), tenemos la responsabilidad de generar espacios seguros de escucha promoviendo modelos de atención centrados en la persona.

MALESTAR EMOCIONAL

Forma parte de la vida. Puede aparecer como consecuencia de presiones sociales, crisis vitales, dificultades relacionales, incertidumbres, frustraciones, expectativas o exigencias del entorno (entre otros). Es una respuesta adaptativa emocional normal ante situaciones que requieren salir de la "zona de confort" y adaptarse al cambio. El malestar requiere escucha, acompañamiento y comprensión del contexto, más que intervenciones médicas o farmacológicas inmediatas. Las crisis vitales son periodos (comunes) de desequilibrio emocional provocados por cambios, transiciones evolutivas (adolescencia, vejez) o eventos inesperados (duelos, rupturas, desempleo) que alteran la vida cotidiana. Generan ansiedad, incertidumbre y sensación de pérdida de control, pero también representan oportunidades para la transformación personal y el crecimiento.

TRASTORNO MENTAL

Implica una alteración persistente del funcionamiento emocional, cognitivo o conductual que genera un deterioro significativo en la vida cotidiana del sujeto (o de su entorno) y requiere intervención especializada.

BASES NEUROPSICOLÓGICAS DEL MALESTAR

Nuestro sistema nervioso autónomo (SNa) se guía por la neurocepción, un proceso involuntario mediante el cual se evalúan señales de seguridad o amenaza de forma constante[2].

Nuestros estados mentales se nos hacen conscientes cuando desde este SNa se activan secuencias endocrino-metabólicas (eje hipotálamo-hipofisario) que nos inducen a sentir, interpretar y actuar. Sentirnos seguros es un requisito para el acceso a funciones cognitivas superiores y para la salud emocional y relacional[3]. Comprender cómo el organismo detecta seguridad o amenaza permite entender por qué la regulación fisiológica constituye el primer paso para la regulación emocional y relacional.

Cuando estamos tranquilos, se ponen en marcha procesos que permiten las relaciones satisfactorias, el aprendizaje, la auto observación y la reflexión. Este sistema propio de los mamíferos, permite la conexión, la empatía y la calma en contextos de seguridad. Está regulado por el SNa vagal-ventral ("Rest and Digest"). Se activa en la contemplación de espacios naturales, el contacto con animales queridos, la belleza, la meditación, etc. Puede promoverse entre humanos, mediante la prosodia, el contacto visual empático, la respiración diafragmática o la interacción social segura[3].

Cuando percibimos amenazas, se activa el sistema simpático, que prepara al organismo para la lucha o la huida[2,3]. En este estado es difícil relacionarnos empáticamente, aprender, relajarnos o hacer contactos sociales. Ante el peligro, prima la supervivencia. Mantener este estado de forma habitual (normalizado en la sociedad actual) acaba enfermando.

En situaciones de peligro extremo, se inducen estados de inmovilización física, bajo consumo metabólico, sensación de "acorchamiento" o no sentir y/o impresiones de despersonalización o de estar "muerto" ("faint"). Psicológicamente se correlaciona con estados de disociación, frecuentes ante traumas graves. Esto se vehicula a través del sistema vagal (dorsal vagal)[2,3]. **(Ver Figura 1)**

MODELOS CLÍNICOS

A la luz de las bases neurofisiológicas descritas, si la seguridad percibida constituye un requisito previo para la regulación emocional, la reflexión y la toma de decisiones, resulta necesario que esto se dé en la consulta. Para ello, hay que asumir un cambio en el rol del profesional sanitario que pasa por centrar la consulta en el paciente y su circunstancia. Como se ha comentado con anterioridad (Capítulo 4), en este nuevo encuadre, no nos corresponde (ni podemos, ni sabemos) siempre resolver los problemas de la vida del paciente. Nuestra función principal no es sustituir su capacidad de decisión, sino acompañar y generar un contexto de seguridad relacional que facilite la participación activa y la autonomía (AU). Para ello hay que proporcionar herramientas que permitan, desde la propia realidad del sujeto, su capacidad y valores, movilizar sus recursos para afrontar y dar respuesta a sus dificultades. Esto es importante ya que en niños y adolescentes pasamos de la heteronomía a la AU, de forma progresiva. Para ello hay que ir haciendo elecciones (acordes a la capacidad), permitiendo equivocaciones y aprendiendo de los errores (aprendizajes significativos). En el tradicional modelo paternalista, el médico asumía la responsabilidad de tomar decisiones en nombre del paciente y en su mejor interés (según la opinión del profesional).

Esto limita la comunicación, la reflexión y la participación del paciente en su propia vida. Sin embargo, hemos crecido en este modelo y es difícil (y más en pediatría), cuestionarlo.

El auge de la bioética y los derechos del paciente, han ampliado los modelos de relación clínica (RC)[4]. En el modelo informativo, el profesional ofrece la evidencia disponible con respecto al diagnósticos, opciones terapéuticas y riesgos. El paciente elige entre alternativas disponibles según sus preferencias, como un consumidor informado. En el modelo interpretativo, el clínico no solo informa, sino que ayuda al paciente a encontrar sus valores. Asiste en la toma de decisiones coherentes tras comprender estos valores, aconsejando qué intervención se ajustaría mejor a ellos. El modelo deliberativo se consolida como el "gold standard" en la toma de decisiones compartidas. Se busca generar un espacio de reflexión conjunta sobre las distintas opciones terapéuticas y los valores que las sustentan (tanto del profesional como del paciente). Se promueve tanto la autonomía como la corresponsabilidad, aportando información objetiva centrada en la evidencia científica, aunando los valores y proyecto vital del paciente, junto a la experiencia del profesional. Se trata de salvar el mayor número de valores en juego tomando no una decisión "cierta", sino prudente.

Para poder deliberar, el clínico debe tener el tiempo suficiente para conocer el contexto del paciente y sus valores (así como los suyos propios). Además, debe tener habilidades para gestionar pensamiento complejo, habilidades comunicativas y capacidad de resolución de problemas.

LA ENTREVISTA CLÍNICA COMO INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La entrevista clínica debe entenderse como un proceso centrado en la relación asistencial, más que en la mera obtención de datos clínicos. El objetivo principal no es solo diagnosticar, sino construir un espacio seguro donde el niño, el adolescente y su familia puedan expresar y comprender su experiencia emocional. Para ello, el profesional ha de combinar competencias técnicas con habilidades relacionales y de escucha, adoptando una actitud empática, cálida, respetuosa y asertiva.

El pediatra en consulta trabaja simultáneamente en dos niveles:

- **Nivel Analítico**, orientado a organizar la información y avanzar hacia objetivos clínicos. Un momento clave es la delimitación del motivo de consulta. Mediante preguntas abiertas se identifican temas que preocupan y que a veces cuesta comunicar. Explorar ideas, inquietudes, dudas y expectativas del paciente (y de la familia) permite una comprensión mayor. (Capítulo 2) Según Roger Neighbour[5], la consulta puede estructurarse en cinco momentos clave, que deben estar diferenciados: Conectar, resumir, transmitir, red de seguridad y mantenimiento.

Conectar significa establecer un vínculo seguro. Resumir consiste en dar feedback para verificar la comprensión de las necesidades del paciente. Transmitir permite integrar anamnesis y exploración, proponiendo un plan terapéutico. Hay que asegurar una red de seguridad, anticipando la evolución y posibles cursos de acción. Finalmente incluye (y aquí viene la diferencia con anteriores modelos), asegurar el "mantenimiento" del profesional. Esto implica su autocuidado. (Capítulo 20)

- **Nivel Intuitivo**, no tiene ni el orden, ni la lógica del nivel analítico. Conecta con las emociones, la comunicación no verbal y actitudes del paciente que nos dan claves importantes para entender qué está pasando. A su vez, la conciencia de las propias emociones y reacciones frente al paciente, favorece una mejor comprensión (contratransferencia). La regulación del propio estrés y la auto reflexión tras cada consulta son condiciones necesarias para sostener una práctica clínica de calidad.

La integración de ambos niveles (analítico e intuitivo), permite mantener una escucha activa (del paciente y de uno mismo) sin perder el rigor clínico y aumentando la satisfacción de todos en la consulta.

La comunicación no verbal ocupa un lugar central, especialmente en la edad pediátrica, donde muchas vivencias no pueden expresarse mediante palabras. La postura corporal, la mirada, la expresión facial, el tono de voz y la distancia interpersonal aportan seguridad, sensación de respeto e información esencial. El silencio funcional y la escucha activa, facilitan la organización interna del paciente y permiten la expresión emocional. Escuchar implica acompañar el proceso narrativo del niño-adolescente sin interrumpir, acotar, ni dirigir su discurso. Sentirse vistos, escuchados y comprendidos predispone a la cura.

La presencia de otros adultos en la relación triangular pediátrica, introduce una complejidad específica. El profesional debe valorar el rol del acompañante (colaborador, pasivo o invasivo) y utilizar estrategias que preserven la voz del menor, salvando siempre que se pueda la confidencialidad.

ESPACIO DE REFLEXIÓN, CONFIDENCIALIDAD Y APOYO NARRATIVO

Garantizar espacios de expresión directa del niño o adolescente, así como un clima de confianza manteniendo la confidencialidad (si no hay riesgo inminente para el menor), resulta fundamental. El apoyo narrativo es el proceso mediante el cual el paciente organiza y da significado a su experiencia al verbalizarla. El profesional favorece este proceso mediante silencios, repeticiones, clarificaciones y resúmenes, ayudando a transformar emociones difusas en relatos comprensibles (reflexión).

En este contexto relacional, la entrevista clínica no solo permite comprender el malestar, sino también facilitar procesos de cambio cuando la alianza terapéutica está establecida y el paciente se siente comprendido.

La entrevista motivacional representa una extensión natural de este enfoque centrado en la persona.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Es un tipo de entrevista con un enfoque de comunicación clínica centrado en el paciente, desarrollado por William R. Miller y Stephen Rollnick. Se utiliza para ayudar a las personas a explorar y resolver ambivalencias frente a cambios de conducta (por ejemplo, hábitos de salud), fomentando su propia motivación interna en lugar de imponer consejos directos. El profesional guía la conversación con empatía, preguntas abiertas y escucha activa, ayudando a que ellos mismos encuentren razones para cambiar. Desde esta perspectiva, la RC es una oportunidad para aprender habilidades que favorecen la regulación emocional. Resulta pertinente incorporar técnicas que ayuden al paciente a reconocer sus estados internos, responder de manera más adaptativa al estrés y participar activamente en su propio proceso de cuidado.

TÉCNICAS DE AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL

SELF COMPASSION

En nuestra tradición cultural, ser compasivos con los demás constituye un valor social. Sin embargo, cuando tratamos de aplicarnos la compasión a nosotros mismos, se genera incredulidad y cierta disonancia. Muchas personas interpretan la autocompasión como indulgencia, debilidad o falta de exigencia. Hemos vivido bajo modelos educativos y sociales basados en la disciplina punitiva, resumidos en la idea de que "la letra con sangre entra", donde la dureza, la auto exigencia y autocrítica eran consideradas motores necesarios de aprendizaje y éxito[6]. Pero hoy se sabe que, con la crítica excesiva, se activan respuestas defensivas de lucha, huida o indefensión (faint). La actitud amable hacia uno mismo (y los demás) favorecen estados de calma, conexión y apertura relacional. Por tanto, la autocompasión es un proceso regulador del sistema nervioso autónomo[7].

Desde esa seguridad interna, se abren posibilidades de regulación emocional, resiliencia y cambio. Se fundamenta en tres componentes:

- **Amabilidad** hacia uno mismo, frente al juicio crítico que invalida.
- **Humanidad compartida,** frente a la sensación de soledad y aislamiento.
- **Mindfulness o atención consciente,** frente a la sobre identificación emocional, que activa estados de ansiedad, catastrofismo y rumiación.

Cultivar autocompasión implica desarrollar una amabilidad activa dirigida a aliviar el propio sufrimiento, integrando la experiencia personal dentro de nuestra común humanidad. Supone aceptar que la vida, las relaciones y las personas son imperfectas. La práctica de mindfulness permite reconocer el sufrimiento, sin negarlo ni exagerarlo, aportando una distancia emocional terapéutica: ni huir del sufrimiento ni fusionarnos completamente con él. El concepto de humanidad compartida permite integrar la experiencia personal dentro de una realidad universal: equivocarse, sentirse insuficiente o atravesar momentos difíciles, forman parte de la vida.

EJERCICIO FÍSICO

Contribuye a la reducción de la activación fisiológica simpática y mejora el estado de ánimo. Favorece la liberación de neurotransmisores asociados al bienestar y actúa como modulador del estrés. Canaliza emociones a través del cuerpo y facilita estados de desconexión cognitiva que interrumpen la rumiación y la ansiedad[8].

REGULACIÓN EMOCIONAL RELACIONAL

Los niños necesitan interacciones con adultos que validan, contienen, modulan y modelan respuestas emocionales adaptativas para calmarse. Se debe trabajar con la familia para no minimizar el malestar. Estrategias como poner nombre a las emociones, ofrecer contacto físico (abrazos) o guiar en técnicas de respiración conjunta pueden ser de gran utilidad.

RESPIRACIÓN

Son eficaces para modular la activación del sistema nervioso autónomo. La respiración diafragmática lenta y regular reduce síntomas de ansiedad y somatización. En niños pequeños, puede enseñarse mediante el juego (ver referencias).

IMAGINACIÓN GUIADA

La imaginación guiada puede reducir la ansiedad y el dolor. La creación de “lugares seguros” o historias guiadas permite al niño desarrollar recursos de calma.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DE KOEPPEN

Combina imaginación, tensión y relajación muscular progresiva para reducir la ansiedad a través de ejercicios lúdicos —como exprimir un limón, estirarse como un gato o esconderse como una tortuga. La sesión finaliza con ejercicios de respiración y visualización positiva (ver recursos).

MINDFULNESS

El mindfulness es la capacidad de dirigir la atención al momento presente sin juicio, aceptando la experiencia que se está viviendo tal como es: intenta descartar la interferencia de experiencias pasadas, emociones o preocupaciones por el futuro. No busca cambiar o juzgar lo que sucede, sino simplemente centrarse en el “aquí y ahora” mediante la atención, introspección y aceptación radical de la realidad, tal cual es. Su práctica permite generar un espacio entre el estímulo y la respuesta, facilitando elecciones más adaptativas frente a la tendencia a la huida o gratificación inmediata (“respuesta” consciente vs “reacción” inconsciente). Como señala Viktor Frankl, “es precisamente en ese espacio donde reside nuestra capacidad de elegir cómo responder ante las circunstancias. Esto constituye la base del crecimiento y la libertad personal”[9]. (Capítulo 8)

Hay prácticas estructuradas que ayudan a trasladar estos principios a la experiencia cotidiana del paciente. La técnica RAIN constituye una de ellas. A través de sus cuatro etapas, permite reconocer, aceptar, explorar y cuidar la experiencia interna, facilitando la transición desde la autocrítica hacia una conexión más amable con lo que está pasando[10]. (ver Figura 2).

- **R de Reconocer:** Dar un paso atrás y observar en lugar de reaccionar sobre lo que se está experimentando. Nombrar la emoción, situación o sentimiento es lo primero: “molestia”, “maltrato”, “dolor”, “ganas de llorar”, etc.
- **A de Aceptar (Permitir):** La experiencia es lo que es, aunque sea desagradable. Hay que aceptar esa sensación (es o que está ocurriendo), sin intentar cambiarla.
- **I de Investigar (Indagar):** Mostrar interés, curiosidad y apertura hacia lo que nos está pasando y tratar de ver de dónde viene. Mantenerse abierto a otros aspectos de la experiencia, como los sentimientos más sutiles de dolor que se esconden bajo la ira.
- **N de No identificarse:** “Tener” un sentimiento, en lugar de “serlo”. Dar espacio a la experiencia reconociendo el sufrimiento, pero sin convertirse en él, ni alimentarlo.

LIMITACIONES Y CONTRAINDICACIONES

A pesar de su utilidad, el mindfulness no es aplicable en todos los contextos. En fases agudas de determinados trastornos mentales puede resultar iatrogénico. No se recomienda su uso en psicosis, trastorno de estrés postraumático grave, depresión mayor o ansiedad en fases agudas, ideación suicida activa, trastornos disociativos o traumas no elaborados, ya que puede intensificar la desconexión o el malestar emocional.

CONCLUSIONES

- **El malestar emocional en la infancia y adolescencia debe entenderse como un continuo, diferenciando entre experiencias evolutivas normales, crisis adaptativas y trastornos mentales, con el fin de evitar la medicalización innecesaria y ajustar las intervenciones a cada situación.**
- **La práctica clínica en pediatría exige un modelo centrado en la persona, donde el profesional debe entender y ponerse en el contexto del paciente, adoptando un papel de acompañamiento deliberativo que favorece la autonomía, la reflexión y la movilización de recursos propios del paciente y su familia.**
- **La entrevista clínica constituye una intervención terapéutica en sí misma, ya que la relación asistencial, la escucha activa y el apoyo narrativo generan un espacio seguro que facilita la expresión emocional y el inicio del cambio terapéutico.**
- **La regulación emocional se fundamenta en la seguridad percibida, por lo que las intervenciones deben integrar cuerpo, emoción y cognición mediante estrategias que promuevan calma, conciencia emocional y capacidad reflexiva.**
- **Un enfoque integrador, preventivo y orientado al desarrollo permite no solo aliviar síntomas, sino también promover resiliencia, autocompasión y bienestar psicológico a largo plazo.**

RECURSOS

- https://vivirmindfulness.com/educar/11-ejercicios-de-mindfulness-para-ninos
- https://www.aepap.org/sites/default/files/115.215.mindfulness_en_ninos_y_adolescentes.pdf
- https://self-compassion.org/.
- https://seaep.es/wp-content/uploads/2020/03/Ansiedad_Koeppen_ni%C3%B1os.pdf
- https://www.semfyc.es/images/EntrevistaClinica_Borrell_1726158291.pdf
- https://residenciasrecife.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/04/la-consulta-interior.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría. La AEP pide no medicalizar cualquier sufrimiento adolescente y alerta del riesgo de sobrediagnóstico en salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2026 [citado 2026 Mar 27]. Disponible en: https://static.aeped.es/20260325_Nd_P_AEP_bioetica_salud_mental_1d56e66ee7.pdf

2. Hanazawa H. [Teoría polivagal y su potencial clínico: una visión general]. Nervio cerebral. 2022 Ago;74(8):1011-1016. Japonés. doi: 10.11477/mf.1416202169. PMID: 35941799.

3. Porges SW. Polyvagal Theory: Current Status, Clinical Applications, and Future Directions. Clin Neuropsychiatry. 2025 Jun;22(3):169-184. doi: 10.36131/cnfioritieditore20250301. PMID: 40735382; PMCID: PMC12302812.

4. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6. PMID: 1556799.

5. Neighbour R. La consulta interior. Barcelona: Editorial J&C; 1998.

6. Balbuena Rivera F. Las vicisitudes del self según Kohut. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2023 [citado 22 May 2024];43(144).

7. Neff K. Self-Compassion [Internet]. Self-Compassion LLC; 2026 [citado 22 May 2024]. Disponible en: https://self-compassion.org/.

8. Liu C, Liang X, Sit CHP. Physical Activity and Mental Health in Children and Adolescents With Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2024;178(3):247–257. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.6251

9. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. 3ª ed. Barcelona: Herder; 2015.

10. Brach T. Feeling Overwhelmed? Try the RAIN Meditation. Mindful [Internet]. 17 Feb 2023 [citado 22 May 2024]. Disponible en: https://www.mindful.org/feeling-overwhelmed-try-the-rain-meditation/

FIGURA 1: Autorregulación



FIGURA 2: Self Compassion



20. Cuidar al cuidador.

Dra. Lorena Vázquez Gómez
Pediatra de Atención Primaria. Centro de salud de Vilalba. Lugo.

PUNTOS CLAVE

- La salud mental de los cuidadores de menores que tienen una enfermedad crónica o compleja es un determinante del bienestar infantil y del funcionamiento de la familia
- La mayor carga asistencial, la sobrecarga de problemas cotidianos y la ausencia de red de apoyo se asocian a peor salud mental de los cuidadores.
- Desde pediatría de atención primaria se puede realizar una detección precoz que permita la derivación o intervención escalonada del cuidador.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la pediatría de Atención Primaria se ha centrado en el crecimiento del niño y en la prevención de enfermedades mediante la vacunación. Es ahora, en el siglo XXI, cuando somos conscientes de la importancia de la salud mental en la salud global de la persona. Debemos procesar que la salud mental de los menores está influenciada por su entorno familiar y, por lo tanto, también la salud mental de los cuidadores influirá en la salud de nuestros pacientes. Esto es más importante aun cuando hablamos de aquellos menores con enfermedades crónicas o con cuidados médicos complejos[1].

Cuidar a un niño o adolescente implica una responsabilidad continua, intensa y prolongada en el tiempo. En condiciones normales, la crianza supone un esfuerzo físico y mental, más si cabe cuando el menor presenta una enfermedad crónica o una condición médica compleja. En esta situación se transforma la vida de sus padres y de sus cuidadores principales incrementándose la demanda de tiempo y de supervisión, así como la exposición constante a la incertidumbre de la enfermedad. “Lo importante es el niño” y, de ahí en adelante, todo es reducción del autocuidado. La evidencia muestra que los cuidadores de pacientes crónicos presentan más síntomas emocionales que los padres de niños sanos, lo que justifica abordarlos como una población de riesgo en nuestra práctica clínica habitual[1, 2].

Como pediatras de atención primaria ocupamos una posición privilegiada en la atención centrada en la familia. Tenemos la oportunidad de realizar un seguimiento del paciente que nos permite identificar el sufrimiento del cuidador antes de que se cronifique, detectar señales de alarma, orientar recursos, escuchar activamente... Cuidar al cuidador también es cuidar al menor. Integrar la salud mental del cuidador en el cuidado pediátrico no es accesorio, sino parte de una atención centrada en la familia[3].

DEFINICIÓN

Cuidador es la persona que asume de forma principal la atención diaria y la crianza de un menor. La “salud mental del cuidador” incluye el bienestar emocional, la capacidad de afrontar el estrés, la calidad del sueño, la red de apoyo y el funcionamiento cotidiano de la familia. Incluye síntomas de ansiedad, depresión, estrés, desgaste emocional y la carga asociada al rol de cuidado[4].

Conviene diferenciar entre malestar adaptativo y trastorno mental establecido, ya que la intensidad de nuestra respuesta será diferente en cuanto a la intervención, el seguimiento o la derivación a salud mental[3].

En este capítulo se utiliza el término de manera amplia, incluyendo a quienes sostienen la crianza, el acompañamiento sanitario, la supervisión emocional y la organización diaria del menor. El cuidador puede no cumplir criterios de enfermedad mental y, aun así, puede encontrarse en situación de sobrecarga significativa. Lo práctico en Atención Primaria es reconocer desde el cansancio esperable hasta la sobrecarga clínicamente relevante.

EPIDEMIOLOGÍA

El malestar psicológico en cuidadores es frecuente, aunque su prevalencia es variable y difícil de estimar. Existen datos que orientan a factores de riesgo: los cuidadores de menores con enfermedad crónica, con trastornos del neurodesarrollo como el TEA, la discapacidad intelectual o problemas graves de conducta presentan más ansiedad y depresión que los padres de niños sanos, así como mayor estrés parental[1, 5].

Existen datos variables que sugieren que la salud mental del cuidador no solo depende del número de hijos o las horas invertidas en su cuidado, sino que los factores culturales y las expectativas sociales y de vida están entre los datos para tener en cuenta. Así pues, el individualismo también es un factor relevante. Por otro lado, las madres suelen mostrar mayor afectación que los padres, aunque estos no están exentos de presentar trastornos como la depresión o malestar significativo[6].

CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS

El malestar del cuidador no depende solo del diagnóstico del menor, sino también de cómo ese diagnóstico altera la vida diaria: los problemas prácticos diarios, la necesidad de vigilancia continua, la economía, las dificultades para compatibilizar trabajo y cuidados, la limitación del descanso. En las familias de menores con enfermedades crónicas complejas, el estrés se puede intensificar cuando se dan múltiples citas no coordinadas, tratamientos difíciles, acceso irregular a recursos, escaso apoyo social.

Por otro lado, existen factores que pueden ser protectores como la resiliencia del cuidador, el optimismo, la autoeficacia parental y la red de apoyo familiar[4].

EVALUACIÓN

La evaluación en atención primaria debe ser breve, sistemática y repetible. Puede iniciarse con preguntas simples sobre sueño (¿puedes descansar?), ansiedad y estado de ánimo (¿estás preocupado?, ¿cómo estáis?), sensación de agobio (¿cómo te organizas?, ¿puedes trabajar?) y percepción de apoyo (¿tenéis más ayuda o estáis solos?).

La exploración debe incluir: síntomas emocionales, funcionamiento diario, apoyo social, situación laboral, carga económica, calidad del descanso y relación cuidador-menor. También conviene valorar riesgo de desesperanza, consumo problemático, ideas de autolesión o violencia intrafamiliar si aparecen señales de alarma[3, 7].

INTERVENCIÓN

Identificar a los cuidadores de riesgo no es suficiente si no existe una ruta asistencial posterior. La intervención debe ser escalonada. En niveles leves o moderados, pueden ayudar psicoeducación, normalización del malestar, validación emocional, promoción del descanso, apoyo en resolución de problemas y orientación sobre recursos comunitarios. En niveles moderados o graves, es recomendable coordinarse con medicina de familia y psicología para que valoren una derivación a los servicios de salud mental disponibles[3, 7].

En atención primaria, una estrategia práctica es integrar tres pasos: detectar, validar y derivar o intervenir. Detectar implica hacer cribado o pregunta clínica; validar supone reconocer que el malestar es comprensible y tratable; derivar o intervenir exige ofrecer un recurso concreto, no solo recomendar “buscar ayuda”. Este enfoque reduce la cronificación del sufrimiento y mejora la continuidad asistencial[3, 7].

CONCLUSIONES

- **La salud mental de los cuidadores de menores debe considerarse un componente central de la atención pediátrica, especialmente en enfermedades crónicas y complejas.**
- **Existe mayor frecuencia de ansiedad, depresión y sobrecarga, con impacto tanto en el bienestar del adulto como en la dinámica familiar y, potencialmente, en la atención al menor.**
- **En atención primaria, el abordaje debe ser breve, sistemático y repetible: detectar sufrimiento, comprender sus determinantes y activar apoyos eficaces.**
- **“Cuidar al cuidador” no es un añadido, sino una condición para cuidar mejor al niño.**

RECURSOS

- https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/pacientes-y-familias/apoyo-y-acompanamiento/asociaciones-pacientes/todas-asociaciones
- https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/cuidador/recursos/enfermedad-cronica-ayudas-prestaciones

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohn LN, Pechlivanoglou P, Lee Y, Mahant S, Orkin J, Marson A, Cohen E. Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pediatr. 2020 Mar;218:166-177.e2.

2. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. J Pediatr Psychol. 2013;38(8):809-828.

3. Toledano-Toledano F, Luna D. The psychosocial profile of family caregivers of children with chronic diseases: a cross-sectional study. Biopsychosoc Med. 2020 Oct 22;14:29.

4. Pinquart M. Featured Article: Depressive Symptoms in Parents of Children With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. J Pediatr Psychol. 2019 Mar 1;44(2):139-149.

5. van Oers HA, Haverman L, Limperg PF, van Dijk-Lokkart EM, Maurice-Stam H, Grootenhuis MA. Anxiety and depression in mothers and fathers of a chronically ill child. Matern Child Health J. 2014 Oct;18(8):1993-2002.

6. Salley CG, Bakula DM, Driscoll CFB, Flanagan-Priore C, Kapke TL, Moore RM, Parris KR, Sharkey CM. Call to Action: Screening and Addressing Caregiver Mental Health Needs within all Pediatric Medical Subspecialty Settings as Standard of Care. Clin Pract Pediatr Psychol. 2024 Sep;12(3):328-338.

7. Salley CG, Axelrad M, Fischer E, Steuer KB. But parents need help! Pathways to caregiver mental health care in pediatric hospital settings. Palliat Support Care. 2023 Apr;21(2):347-353.

Asociación Española de Pediatría

CSMent Comité de Salud Mental