

LIBRO BLANCO de la Salud Mental Infanto-Juvenil

Volumen 1



EDITORES

José Ramón Fernández Hermida

Susana Villamarín Fernández

EDITA



Consejo General
de la **Psicología**
ESPAÑA

Edita

© Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3 planta

28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15

Web: <http://www.cop.es>

E-mail: secop@cop.es

Diseño y maquetación

Juan Antonio Pez

ISBN 978-84-947385-9-3

2021

Se recomienda citar esta obra de la siguiente forma: Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España

Ni el Consejo General de la Psicología ni los editores son responsables de las opiniones vertidas en los diferentes capítulos, que deben entenderse como de la exclusiva responsabilidad de sus autores

El Consejo General de la Psicología ha venido mostrando, desde hace mucho tiempo, una seria preocupación por la atención de la Salud Mental en España. Esta preocupación aún es mayor cuando nos fijamos en la deficitaria atención disponible para prevenir y tratar los problemas psicológicos de niños y adolescentes.

A los males que aquejan a la atención de los adultos, como la escasez de recursos personales y materiales, o la excesiva utilización de la farmacología en detrimento de otras formas de tratamiento psicológico tanto o más efectivos, pero con menos efectos secundarios indeseables, la atención infanto-juvenil debe sumar la carencia de personal especializado y el sistemático olvido de la prevención y la intervención temprana.

La organización colegial de la Psicología quiere comprometerse con el desarrollo de un debate en el que todos los sectores afectados dentro de la sociedad española contribuyan a poner en marcha las medidas que mejoren la prevención y el tratamiento de los problemas psicológicos en los menores. Con este propósito, se ha propuesto desarrollar un Libro Blanco sobre la Salud Mental Infanto-Juvenil que dé cuenta de la diversidad y extensión del problema, y de las mejores respuestas que la ciencia puede dar para su solución.

Este volumen es un primer paso. En sus páginas se muestra lo que dice la investigación científica sobre la naturaleza y extensión de los principales problemas de salud mental que aquejan a los menores, los efectos que tienen tanto sobre ellos como su entorno, y los principales factores que influyen en su desarrollo. Un segundo volumen abordará la situación actual en el campo de la prevención y el tratamiento, así como la falta y formación de especialistas en los ámbitos sanitario, educativo y de los servicios sociales.

Somos conscientes de que los psicólogos no son los únicos actores que tienen un papel en este campo de la salud mental. Los servicios sanitarios, educativos, y sociales junto con las organizaciones políticas, profesionales y sociales con relación con la salud mental son actores de primera fila. De hecho, la atención a los menores requiere una visión interdisciplinar en la que intervienen otros profesionales, que desarrollan su trabajo en los servicios antes mencionados, y en los que los psicólogos son un miembro más. Nuestra perspectiva profesional goza, sin embargo, de una visión privilegiada ya que analiza el problema desde los diversos ángulos donde se sitúa la profesión. Es una perspectiva que ve al menor como persona, desde una perspectiva global, y no tanto como enfermo, alumno o beneficiario de prestaciones.

La actual situación ocasionada por la pandemia de la Covid-19 ha acentuado los problemas de salud mental, y también ha puesto de manifiesto aún más las carencias existentes. Urge que se defina una Estrategia de Salud Mental que dé una especial relevancia a la Salud Mental de los menores. Urge, también, que se ponga en marcha la especialidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil, que el sistema educativo tome conciencia de su responsabilidad en este campo y promueva el desarrollo de la Psicología Educativa, y que los servicios sociales impulsen una visión más allá de la mera asistencialista, ofreciendo una atención primaria psicológica de calidad.

Este Libro Blanco nace con una perspectiva intersectorial, científica y abierta, señalando las grandes necesidades que existen en la atención en salud mental en la infancia y la juventud, y buscando abrir el debate que ponga remedio a las carencias existentes a la hora de satisfacerlas. Si finalmente lo consiguiéramos, daríamos por bueno el esfuerzo realizado.

Por último, quiero agradecer el trabajo desinteresado realizado por los autores, y por el personal de nuestra organización para que este texto haya podido ver la luz. Sin ellos no hubiera sido posible disponer de esta obra. Muchas gracias.

Francisco Santolaya Ochando
Presidente
Consejo General de la Psicología de España

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Introducción 3

Susana Villamarín Fernández y José Ramón Fernández Hermida

CAPÍTULO 1

Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad 18

Depresión 18

Problemas de ansiedad 22

Jose Pedro Espada, Mireia Orgilés, Xavier Méndez y Alexandra Morales

CAPÍTULO 2

Conducta suicida 32

José Pedro Espada, Xavier Méndez, Mireia Orgilés y Alexandra Morales

CAPÍTULO 3

Conductas adictivas en la infancia y la adolescencia 38

José Ramón Fernández Hermida, Víctor Martínez Loredo y Alba González de la Roz

CAPÍTULO 4

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y trastornos de conducta 54

Trastorno negativista desafiante (TND) 55

Trastorno de conducta (TC) 58

Pilar Calvo Pascual

CAPÍTULO 5

Salud sexual en la infancia y la adolescencia 68

Abuso sexual 68

Disforia de género 72

Exposición involuntaria a pornografía en Internet 75

Sexting/sextorsion/grooming 78

Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados 82

Disfunciones sexuales 85

Uso de las apps de contactos 87

Consumo abusivo de cibersexo 89

Homofobia/Bifobia 93

Violencia de género en adolescentes (teen date violence) 96

Rafael Ballester Arnal y M^a Dolores Gil Llario

CAPÍTULO 6

Problemas relacionados con el ámbito escolar 110

Dificultades específicas de aprendizaje (DEA) 110

Abandono escolar temprano 115

Acoso y ciberacoso escolar (bullying y cyberbullying) 120

Celestino Rodríguez Pérez, José Carlos Núñez Pérez, Ana B. Bernardo y David Álvarez García

ÍNDICE

CAPÍTULO 7 **Los trastornos del comportamiento alimentario 128**

Josefa Canals Sans

CAPÍTULO 8 **El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad 139**

Núria Voltas Moreso y Josefa Canals Sans

CAPÍTULO 9 **Trastornos del espectro del autismo 149**

Paula Morales Hidalgo y Josefa Canals Sans

CAPÍTULO 10 **Trastornos del procesamiento sensorial 162**

Carmen Hernández-Martínez y Josefa Canals Sans

CAPÍTULO 11 **Problemas asociados a familias desestructuradas 169**

Desprotección y maltrato infantil 169

Violencia filioparental 173

Problemas asociados a la condición de inmigrantes y/o refugiados 175

Carlos Martínez Bermúdez y Antonio Molina Facio

CAPÍTULO 12 **Problemas de relaciones sociales en la infancia y la adolescencia 181**

Susana Villamarín Fernández

Introducción

Susana Villamarín Fernández y José Ramón Fernández Hermida (Editores)

Consejo General de la Psicología

La importancia de la Salud Mental infanto-juvenil es ampliamente reconocida por los organismos internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, la Comisión Europea y otras instituciones desarrollan iniciativas y publican informes que resaltan su interés. Por ejemplo, la OMS (OMS, 2018) en un informe sobre la salud infanto-juvenil en Europa, reconocía que los problemas de salud mental eran la primera causa de incapacidad en el espacio europeo, y que aproximadamente la mitad de esos problemas surgían antes de los 14 años. Este es un dato frecuentemente citado, que se obtiene de un gran estudio epidemiológico poblacional realizado en USA que ha permitido rastrear el inicio de los principales trastornos psiquiátricos (Jones, 2013). El informe de la OMS no lo indica, pero se puede añadir, además, que tres cuartas partes de los problemas psicopatológicos de la edad adulta tienen su inicio antes de los 25 años (Kessler et al., 2007). Por su parte, UNICEF informa que hasta un 20% de adolescentes experimentan trastornos mentales en el mundo, y un 15% de los que viven en países de bajos y medios ingresos han considerado el suicidio (UNICEF, 2019). Datos provenientes de un informe global sobre el suicidio, realizado por la OMS en 2014, indican que este tipo de muerte da cuenta del 8,5% de todas las muertes entre las edades de 15 a 29 años, constituyendo la segunda causa más importante en ese grupo de edad. Si tenemos en cuenta sólo a los países más ricos, la proporción es mayor, alcanzando el 17,6% de las muertes en ese grupo (World Health Organization, 2014). Por último, la Comisión

Europea, en el marco de la Acción Conjunta sobre Salud Mental y Bienestar, realizó un informe sobre Salud Mental y escuelas (European Commission, 2016b) que pasa revista a la situación en 9 países, una región y un municipio europeos. Entre sus principales conclusiones se encuentra la afirmación de que la salud mental y el bienestar de los niños y adolescentes debe ganar más prioridad en el marco de la política sanitaria europea. Una de las razones es que los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia llevan a más altas tasas de trastornos mentales en los adultos, incluyendo trastornos mentales comunes, esquizofrenia y manía, adicciones, conducta suicida y trastornos de personalidad, y por lo tanto a mayores costes tanto económicos, sociales o sanitarios.

Son muchos los estudios que evidencian que la presencia de problemas de salud mental infanto-juvenil puede conducir a un aumento de estos costes, de todo tipo no sólo económicos, mostrando un alto porcentaje de persistencia y cronicidad hasta la vida adulta. Algunos de los más importantes se comentan a continuación.

- Los estudios pioneros de Farrington (1995) y Rutter et al. (1998) muestran cómo la aparición precoz de un trastorno de conducta puede conllevar en la adolescencia y en la edad adulta condenas por diversos delitos. Asimismo, la persistencia de conductas antisociales desde una edad temprana se relaciona con una alta probabilidad de desempleo en la edad adulta, trabajos poco cualificados e inestables y menores ingresos económicos (Healey et al., 2004; Rutter et al., 1998).

- Otro estudio longitudinal realizado con niños y niñas de 10 años, seguidos hasta la edad adulta observó que, a los 28 años, los costes sociales y económicos de las personas con trastorno de conducta fueron 10 veces más elevados en aquellos que presentaban este tipo de problemas durante la infancia. Para los autores, este hallazgo se explica por la persistencia del trastorno de conducta/comportamiento antisocial una vez que surge en la infancia (Scott et al., 2001).
- Weissman et al. (1999) demostraron en un estudio longitudinal el mal resultado del trastorno depresivo mayor de inicio en la adolescencia, cronificándose hasta la edad adulta y asociándose con elevadas tasas de suicidio e intentos de suicidio, mayores tasas de hospitalización psiquiátrica y médica, discapacidad psicológica y social y menor logro educativo.
- Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham y Wostear (2002) muestran en su estudio cómo los/as niños/as y adolescentes con depresión, con o sin trastorno de conducta comórbido, presentan en la edad adulta tasas significativamente elevadas de uso de servicios de atención a pacientes internos y de justicia penal, con costes totales significativamente más altos que la población general adulta.
- Según indican Martínez Aguayo and Belfort Garbán (2010), la morbilidad asociada con la depresión infanto-juvenil persiste en la vida adulta en un 30% de los casos, algo que, junto al uso de servicios especializados de salud mental, consideran costoso tanto desde el punto de vista emocional como económico, por lo que advierten de que el coste económico de no tratar precozmente los trastornos depresivos en la adolescencia *“sobrepasan con creces los del tratamiento, sea sólo farmacológico o integral”* (pag.445).
- McCrone, Knapp y Fombonne (2005) en su evaluación económica para valorar el coste medio anual del tratamiento de adultos diagnosticados de depresión durante la infancia, lo estiman en 1.309 € (rango de 0 € - 11.080 €).
- Una investigación llevada a cabo en Países Bajos para conocer el coste de la depresión entre adolescentes de 12 a 21 años, utilizando una perspectiva social, revela que los adolescentes clínicamente deprimidos remitidos a tratamiento le cuestan a la sociedad holandesa cerca de 38 millones de euros al año. Para sus autores, la magnitud de estos costes justifica programas de prevención e intervención efectivos (Bodden et al., 2018).
- De acuerdo con la investigación de Sánchez-García y col. (2018), el 7,7% de los adolescentes obtienen puntuaciones elevadas en problemas emocionales y comportamentales. Aquellos/as adolescentes que manifiestan mayores problemas emocionales y de conducta, informan también de mayor ideación suicida, más comportamientos de acoso y de ciberacoso escolar (tanto en percepción general como en víctima y acosador). Se observa igualmente una relación entre las dificultades emocionales y comportamentales con un mayor consumo de tabaco y cannabis, no así de alcohol.
- El fenómeno del acoso escolar también parece estar ligado a efectos negativos sobre la salud mental de estos y estas menores. Para Knapp y Wong (2020) las consecuencias a largo plazo del acoso que se puede observar más adelante, en la vida adulta, suponen un ejemplo ilustrativo del impacto duradero de los problemas de salud mental infantil.
- Una investigación realizada en EE. UU. con el fin de analizar los costes a largo plazo de los problemas psicológicos en niños y niñas estadounidenses señala que estos problemas en la infancia podrían comportar costes económicos hasta 10 veces superiores en la edad adulta. El informe de los investigadores alerta de los daños

económicos a largo plazo de los problemas psicológicos infantiles, conllevando una reducción en el ingreso familiar de aproximadamente 10.400\$ (unos 9.309€), una pérdida que se mantendría en promedio durante toda la etapa adulta. Aplicando una tasa de descuento real del 3%, esto se traduciría en un coste de por vida en ingresos familiares perdidos, para los individuos afectados, de aproximadamente 300.000 \$ (268.530€) (Smith & Smith, 2010).

- En la misma línea, en una revisión sobre la evidencia internacional del impacto económico de los problemas de salud mental de los y las jóvenes, emprendido por la *London School of Economics* para el Gobierno de Reino Unido, se observa que, pese a que 1 de cada 10 menores presenta un problema de salud mental, la evaluación y la atención en este ámbito de la salud es una cuestión generalmente olvidada en este período evolutivo. El informe denuncia que los problemas de salud mental sin detectar y sin tratar en este período vital pueden tener “consecuencias devastadoras y costosas” (pág.3), como, por ejemplo, una peor salud física a corto y largo plazo, una disminución de los hábitos de conducta saludables y un impacto negativo en el desarrollo social, en el rendimiento educativo y en la empleabilidad posterior. En sus resultados, destaca que la media de costes relacionados con la salud mental entre los/as niños/as y adolescentes de 12 a 15 años, durante un período de seguimiento de tres años (15 a 18 años al final del seguimiento), es de £ 1.778 anuales. El coste total comprende: £ 24 para atención primaria, £ 30 para pediatría, £ 60 para servicios de salud mental, £ 100 para atención social y £ 908 para educación y £ 656 para recursos de educación especial.

Los costes totales son más altos para los niños de 12 a 15 años con trastornos por déficit de

atención e hiperactividad, con un coste medio de £ 2.780 al año. La media de costes anuales es de £ 1.789 para los y las adolescentes con trastornos de conducta y de £ 1.353 para aquellos/as con trastornos emocionales (Knapp et al., 2016).

- De acuerdo con un estudio de 2012, el coste económico anual asociado con los impactos de los problemas de salud mental sería de 523,2 mil millones de euros en 30 países europeos (Olesen et al., 2012). De no tratarse, los problemas de salud mental que surgen en la infancia supondrían un coste sanitario diez veces superior a los que se presentan en la edad adulta (Lee & Goerge, 1999).
- En nuestro país, el análisis de Parés-Badell, Barbaglia, Jerinic, Gustavsson, Salvador-Carulla y Alonso (2014) pone de manifiesto que los costes asociados a los trastornos en la infancia y la adolescencia son costes directos sanitarios y no sanitarios (cuidado informal, adaptación y transporte), cifrados en un total de 1.638 millones de euros anuales (0,2%).
- Los estudios que analizan los problemas asociados al TDAH informan que incrementa el riesgo de otros problemas psicopatológicos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, incluyendo conductas antisociales o delictivas, abuso de sustancias, desórdenes emocionales, logros académicos/profesionales, etc., con todos los costes sociales que se desprenden, tanto por un bajo rendimiento personal, como por un mayor consumo de recursos en salud, educación y judicial (por la violación de la normativa social en quienes se asocia a trastornos de conducta y abuso de drogas).

Considerando el impacto personal, familiar y económico significativo del TDAH en el sistema sanitario y en la sociedad españoles, Quintero et al. (2018) llevaron a cabo una evaluación de su impacto económico en el uso de los recursos sanitarios y los costes sociales en Europa, así como

los costes de este trastorno del neurodesarrollo en niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva social. El análisis de los datos indica que el coste medio estimado del TDAH al año por niño/adolescente es de 5.733 € (en precios de 2012); los costes directos representan el 60,2% de los costes totales (3.450 €).

Entre los costes indirectos (aquellos que enfrentan debido a los síntomas del TDAH, definidos como los costes de los padres o cuidadores del o la menor, y el coste de la productividad perdida, como consecuencia de las horas dedicadas a visitas médicas o días laborales perdidos debido a una licencia de los padres o cuidadores), de 2.283 €, el 65,2% se debe a gastos del cuidador. Los problemas relacionados con la salud mental en los cuidadores y las familias de niños/adolescentes con TDAH incluyen estrés, ansiedad y depresión. En el 17,8% de los casos, un padre o cuidador tuvo que dejar su trabajo para cuidar al menor, y el promedio de días laborales perdidos durante el año anterior había sido de 8,5, de los cuales 5 días se debían al propio TDAH. A juicio de los autores, estos datos demuestran que los costes estimados en la prestación de cuidados, aunque elevados, son en gran medida una subestimación del impacto económico real sobre las familias y la sociedad en su conjunto.

- Uno de los estudios más exhaustivos y completos sobre la evidencia de los costes económicos de los problemas mentales infanto-juveniles en Europa que se ha realizado hasta la fecha es, sin duda, el de Suhrcke, Pillas y Selai (2008). Si bien sus datos no son actuales, ni son representativos de Europa, ya que la mayoría de los estudios que analiza se han realizado en el Reino Unido, sus resultados pueden ser informativos.

La primera conclusión es que los costes en el Sistema de Salud representan tan solo una propor-

ción muy pequeña de los costes generales (1,5-15%, con una media de 6,1% entre estudios). Una gran parte de la carga parece recaer en el Sistema Educativo (2,1-91%, con una media de 45% entre los estudios). El Sistema de Justicia Penal también parece tener una carga económica considerable, especialmente con respecto a los jóvenes infractores con problemas de salud mental (Barrett et al., 2006) o los niños en centros de acogida que han sido objeto de abuso y/o negligencia (Minnis et al., 2006). La carga para los padres es considerable: el 50% del coste total recae sobre ellos, ya sea de forma directa o indirecta. Según datos de este estudio, los padres de niños con problemas de salud mental pueden tener una pérdida sustancial de ingresos. Además, observan una variación en los costes económicos estimados, dependiendo de la gravedad del problema, la estructura familiar y otros factores.

El estudio realiza también un análisis específico del coste económico total dentro de cada uno de los sectores: sanitario, educativo y servicios sociales. A este respecto, sus datos revelan que, para el sistema sanitario, los mayores costes se derivan de los trastornos emocionales, conductuales y de salud mental infanto-juveniles (con un coste medio anual por niño de 3.499€), seguidos de las dificultades de aprendizaje severas (con un coste medio de 3.842€ al año, de los cuales, 875€ corresponden a servicios hospitalarios, 2.810€ a servicios de salud comunitarios y 156€ a servicios de atención primaria) y de los Trastornos por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), cuyo coste medio anual es de 1.085€ (467€ de ellos, correspondientes a gastos personales de los padres). Los problemas severos de conducta llevan asociados un coste de 724€.

En el ámbito de los servicios sociales, el coste medio anual de los trastornos emocionales, conductuales y de salud mental puede elevarse a un

máximo de 32.999€ por niño, con un rango muy amplio dependiente de diversos factores de estimación. Destaca también el elevado coste en el caso de aquellos y aquellas adolescentes que cometieron delitos (31% con necesidades de salud mental, dos tercios de los cuales tenían síntomas depresivos significativos), con 8.163€, y de las dificultades del aprendizaje severas que conllevan un coste medio de 5.379€.

- Las evaluaciones económicas del coste total para el Sistema Educativo de los problemas de salud mental en niños y adolescentes se mueven también dentro de un amplio rango, con un margen superior que elevarse a 24.587€.

En el conjunto de la población, los problemas de salud mental suponen una buena parte de la carga global por enfermedad. Se calcula que dichos problemas dan cuenta aproximadamente del 7% del total de la carga producida por todo tipo de enfermedades, medida in DALYs (años de vida ajustados por discapacidad), o del 19% de todos los años vividos con discapacidad (Rehm & Shield, 2019).

Como se puede observar, el impacto personal, económico y social de la salud mental infanto-juvenil es muy alto, y es imprescindible, desde una perspectiva de Salud Pública, investigar y atajar sus causas. Sin lugar a duda, y a tenor de lo dicho anteriormente sobre el inicio temprano de los problemas y su repercusión en la vida adulta, es muy probable que la desatención que se presta a la salud mental infanto-juvenil sea una de ellas.

En España, parece haber desacuerdo entre los recursos empleados en prevención y tratamiento en salud mental dirigidos a la población infanto-juvenil y la importancia de su impacto personal, social y económico, tal y como se está viendo. La información disponible sobre recursos materiales y humanos dedicados por el sistema sanitario público a la atención de la salud mental infanto-juvenil está dispersa, poco actualizada y escasa, y, por lo

tanto, es difícil hacer un diagnóstico preciso. Pero existen indicadores que parecen señalar graves deficiencias. En una reciente revisión de la importancia que se da a la salud mental infanto-juvenil en los Planes de Salud Mental autonómicos, sólo cinco (Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Comunidad de Madrid y Murcia) de las 17 comunidades autónomas posibles reconocen que merece una línea de actuación específica y prioritaria, y sólo en 10 se formulan objetivos para la salud mental infanto-juvenil (González López et al., 2019). Por otra parte, de acuerdo con un informe realizado en 2014 (Fundación Alicia Koplowitz, 2014), sólo en cinco comunidades autónomas existen recursos específicos en los tres ámbitos de tratamiento ambulatorio, hospital de día y hospitalización. En la mayoría hay algún recurso específico, en cualquiera de los tres ámbitos. Y sólo en tres no hay ninguno, o no se dispone de información. De todas formas, esta información debe entenderse como una foto fija hecha en 2014, siendo la situación actual probablemente diferente.

En un informe sobre la salud mental en niños y adolescentes en España, se señala que durante el siglo XX la atención sanitaria ha sido dispersa y subordinada a los servicios para adultos, de los que muchas veces eran una mera prolongación (Fernández Liria, 2009). No hay especialistas en el ámbito sanitario (psiquiatras o psicólogos clínicos especializados en infancia y adolescencia), y la presencia incipiente de la Psicología en el ámbito educativo, se truncó. En estos momentos, bien entrado el siglo XXI, la situación muestra escasos signos de mejora. Al menos, si hacemos caso a las declaraciones públicas, parece que se ha avanzado algo en los trámites precisos para la creación de las especialidades sanitarias, pero, aún hoy día, seguimos sin las especialidades de Psiquiatría y Psicología creadas y, por lo tanto, sin especialistas sanitarios y educativos.

Además, la prevención y la promoción de la salud dentro de las escuelas no está sistemáticamente planificada, aplicada o evaluada. Se realiza de forma voluntaria y sin ningún tipo de estructura profesional especializada que la soporte. No es extraño que el informe de la OMS sobre la situación de la salud infanto-juvenil en Europa (OMS, 2018) carezca prácticamente de datos españoles en ese epígrafe. Por otra parte, la amplitud y calidad de la intervención (sea temprana o no) se encuentra lastrada por la carencia o escasez de recursos profesionales especializados en todos los ámbitos donde se debería intervenir (sanitario, educativo y social), y se agrava por la ausencia de una formación especializada tanto en el campo sanitario (Cuéllar Flores et al., 2019), como en los demás.

Un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia contribuye a una buena salud mental en la edad adulta, previniendo la aparición de futuros problemas en esta área de la salud. Esto es lo que afirma la Comisión de las Comunidades Europeas cuando señala, en su Libro Verde sobre la mejora de la salud mental en la población, que *“la salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres puedan aprender a ser padres. Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión”* (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005, pág.9). Esta misma perspectiva de la eficacia de integrar servicios psicológicos especializados en la escuela pueden encontrarse en el informe publicado por la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología, que propone que la intervención psicológica debe ser una parte fundamental del plan que siguen las escuelas y universidades, con el fin de implementar

un enfoque integral de salud pública (Faulconbridge et al., 2017).

El fenómeno del desarrollo se describe evolutivamente como un proceso dinámico y complejo, que se sustenta en la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Algunos factores son susceptibles de manipulación y otros no, pero empiezan a existir pruebas de que la prevención primaria de los problemas de salud mental es posible.

La investigación ha desarrollado un buen número de programas preventivos que se dirigen a múltiples factores de riesgo y de protección de gran importancia para el desarrollo de los problemas o trastornos mentales. De algunos se tiene ya cierto conocimiento sobre sus ventajas y límites, de otros se empieza a tener información sobre su efectividad y eficiencia (Jacka et al., 2013). Algunas áreas de gran interés son los programas de intervención en la escuela, la familia, los compañeros o iguales, y la comunidad, y sus objetivos son las conductas adictivas, los mecanismos de regulación emocional y diversos comportamientos de riesgo relacionados con la alimentación, la conducta sexual o la violencia. Esta relación no pretende ser exhaustiva, pero ilustra la diversidad de objetivos preventivos.

Cuando la prevención primaria, sea universal, selectiva o indicada, no ha funcionado y se empieza a desarrollar un trastorno o problema más severo, entonces debe entrar en acción la detección e intervención precoz. Este tipo de intervenciones deben hacerse dentro de los contextos que más faciliten su realización, bien porque es en ellos donde se desarrolla la vida de los jóvenes y es más fácil el contacto con menor riesgo de estigmatización, bien porque en ellos se localizan los recursos que pueden llevar a cabo esas actividades, o por ambas razones.

Los contextos más importantes, de carácter institucional, son la escuela, las instituciones sanitarias, y las de protección social. Estas figuras

institucionales deben marcarse como meta la mejora de la salud infanto-juvenil, favoreciendo una respuesta integral que garantice la salud, el desarrollo intelectual, emocional y las capacidades adaptativas de los menores. Para ello, deben colaborar a pesar de las dificultades para conciliar las diferentes culturas organizacionales, reglamentos distintos y demás impedimentos (Widmark et al., 2011).

Obviamente, debido a su dependencia de la familia para su desarrollo integral, el objetivo no puede ser sólo el niño o adolescente, sino también su entorno familiar. La familia es un agente activo en el proceso evolutivo de sus hijos/as, y su abordaje puede hacerse desde los múltiples frentes institucionales que se han mencionado: educativo, sanitario y social. Esto implica que los profesionales deben incluir a las familias como colaboradores en todos los ámbitos de intervención (Kogan, 2017; Ventura & Bagley, 2017).

Esta perspectiva de coordinación y trabajo interinstitucional tiene que implicar a las principales organizaciones, personas y recursos que intervienen en la vida de los menores: esto es, Educación, Sanidad, Servicios Sociales, Sistema Judicial y otras instituciones con las que estén relacionados, así como con los padres y la población en general. Es evidente que el nivel de acción para coaligar a tan diferentes actores es en gran parte político, y, por lo tanto, es fundamental la información y sensibilización de la población sobre la importancia de dicha coordinación intersectorial (Fernández Liria, 2009).

La necesidad de impulsar la coordinación intersectorial entre los distintos sectores que intervienen en la atención a la infancia y la adolescencia ha sido puesta de manifiesto por diferentes organismos e instituciones, tanto nacionales como internacionales, entre ellos, los siguientes (ordenados cronológicamente):

- En 1986, tras la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, reunida en Ottawa (Canadá) –celebrada como respuesta ante la creciente demanda de una nueva concepción de salud pública en el mundo-, la OMS elaboró un documento dirigido a la consecución del objetivo «*Salud para Todos en el año 2000*». La Carta de Ottawa subrayaba la necesidad de «reorientar los servicios de salud», como una de las cinco prioridades para la Promoción de la Salud de la OMS. Bajo esta perspectiva innovadora, la responsabilidad de la promoción de la salud en los servicios sanitarios no recaía únicamente en los profesionales de la salud, sino que involucraba a nivel comunitario, Gobierno e instituciones. Así, consideraba que la salud debía estar en la agenda política en todos los sectores y en todos los niveles de gobierno, e instaba a abrir vías de colaboración entre el sector sanitario y componentes ambientales sociales, políticos, económicos y físicos más amplios (OMS, 1986).
- La Declaración de Helsinki –documento fruto de la Conferencia de la OMS para la Salud Mental, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero del año 2005-, resalta la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida, y recoge una serie de prioridades y acciones y responsabilidades a emprender en materia de promoción de la salud mental, entre ellas “*diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación*” (OMS, 2005b).
- Esta misma línea argumental vuelve a ser puesta de relieve por la OMS en su informe sobre políticas y planes de salud mental infanto-juvenil (“*Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*”), al señalar la importancia de que las

políticas de salud mental involucren a todos los sectores de la sociedad en el abordaje de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, debido a que «*el bienestar de los niños, niñas y adolescentes es evidente y está influenciado por su participación en muchos sectores de la sociedad*» (OMS, 2005a).

- En 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo adelantaba ya en su Estrategia en Salud Mental del SNS, que en algunas Comunidades Autónomas se estaban realizando “*políticas de coordinación de recursos en planes interdepartamentales concertados*”, que podrían facilitar la actuación de los programas de seguimiento y continuidad de cuidados, y las colaboraciones multiprofesionales que las dificultades de estos niños, niñas y adolescentes y su larga trayectoria necesitan (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Cuatro años después, como Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, establece en la actualización de la Estrategia en Salud Mental Española 2011-2013, el objetivo de promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental, recomendando para ello, “*diseñar, implementar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños, niñas y adolescentes en tratamiento*” (MSPSI, 2011).

- El Pacto europeo por la salud mental presentado en junio de 2008 por la Comisión Europea, parte de la base de que los fundamentos de una buena salud mental para toda la vida se crean durante los primeros años de vida del ser humano, y advierte de que los problemas de la salud mental afectan a entre el 10% y el 20% de los jóvenes, con mayor incidencia en los grupos de población más desfavorecidos. Por ello, pide cuidar específicamente de la salud mental de los niños, niñas

y adolescentes, y articular estrategias para potenciarla, instando, para ello, a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas en la salud mental de los jóvenes y en la educación, y fomentando la formación en salud mental y bienestar entre los profesionales de la salud, educación, juventud y otros sectores relevantes (European Commission, 2008).

- El Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence, NICE*), en su guía sobre el cuidado de niños, niñas y adolescentes, recomienda seguir un proceso de toma de decisiones en el que participen distintos departamentos, asegurándose así que todas las decisiones sobre el abordaje de cualquier problemática infanto-juvenil se basan en una evaluación integral de la atención social, la salud y las necesidades educativas del niño o joven (NICE, 2010).
- El Consejo de la Unión Europea en sus conclusiones sobre el pacto europeo para la salud mental, reconoce, entre otras cosas, que para mejorar la salud y el bienestar mental de la población, es preciso crear asociaciones innovadoras entre el sector sanitario y otros sectores como los asuntos sociales, la vivienda, el empleo y la educación, e insta a los Estados Miembros a emprender una serie de acciones, entre ellas, configurar asociaciones innovadoras entre el sector sanitario y otros sectores pertinentes (por ejemplo, social, educativo, laboral), para analizar el impacto de las medidas en la salud mental, abordar los problemas de salud mental de los grupos vulnerables, la prevención del suicidio, fomentar la salud y el bienestar mental y prevenir los trastornos de la salud mental en distintos entornos, como los ámbitos laborales y los centros educativos (European Union, 2011).

- El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hace específico énfasis en una atención especial a los problemas y a la salud mental de la infancia y la adolescencia, incluyendo algunas recomendaciones específicas a la población infanto-juvenil, como por ejemplo, desarrollar la colaboración de los sistemas sanitario y social con el sistema educativo, implicando a las familias y al profesorado en el diseño, realización, seguimiento y evaluación de intervenciones de promoción de la salud en la infancia y adolescencia (MSSSI, 2013).
- El Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020 establece un compromiso de todos los Estados Miembros de la OMS para tomar medidas específicas orientadas a la promoción del bienestar mental, la prevención de los trastornos mentales, brindar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales, incluidos los adolescentes. La OMS apuesta en este Plan por un enfoque integral y holístico a nivel intersectorial, manifestando la importancia y coste-eficacia que supone avanzar en un conjunto básico de áreas de acción interconectadas, “*ya que nin-*

gún sector o ninguna intervención puede alcanzar los objetivos en forma aislada” (OMS, 2013).

- Como parte de un marco de acción común aprobado en materia de salud mental y Bienestar en Europa (*Joint action for mental health and wellbeing*), la Comisión Europea señala la necesidad de desarrollar un marco de acción para la cooperación entre el sector sanitario, social y educativo, así como de gestionar la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental y el bienestar (incluido el logro educativo) en niños, niñas y adolescentes, (European Commission, 2016a).

De acuerdo con lo anterior, algunos países han logrado importantes avances en la implementación de estrategias integrales de salud mental, que involucran desarrollos innovadores en políticas, financiamiento, reorganización de servicios, promoción y prevención. En todos ellos –especialmente en Reino Unido y los Países Bajos–, la cooperación intersectorial es ahora una práctica común, y la participación de los pacientes, las familias, las ONGs, etc., en el desarrollo de iniciativas de salud mental de diferentes tipos, se considera un requisito obligatorio de los Gobiernos, tal y como recogemos brevemente en la Tabla 1 (Caldas de Almeida et al., 2018; European Commission, 2016b).

Tabla 1

Ejemplos de países que promueven la cooperación intersectorial en la atención a la infancia y la adolescencia

Croacia

En Croacia existe una Estrategia Nacional donde se describe el enfoque integrado en la atención a la salud mental, si bien no se realizan cambios legislativos reales para respaldar este propósito. La Estrategia explicita la cooperación intersectorial en el ámbito de la salud, el ámbito social, el laboral, el de la educación, la justicia y algunos otros sectores, cubriendo todos los aspectos y recomendaciones relacionados con la atención a la salud mental (Caldas de Almeida et al., 2018).

No obstante, pese a que no existe una legislación o política especial que defina la cooperación intersectorial, esta es una práctica estándar y la mayoría de los programas y estrategias se basan en enfoques interdisciplinarios. Se confirma que los diferentes sectores están en contacto y se involucran entre sí, pero no hay cifras que demuestren el resultado de dicha cooperación. De acuerdo con los expertos hay una serie de puntos fuertes y débiles en relación con la cooperación intersectorial en Croacia. Como puntos fuertes identifican la inclusión de la salud mental en todas las políticas relevantes y la buena calidad de la cooperación en la prevención de la violencia y las adicciones. Por el contrario, los puntos débiles son el hecho de que la cooperación entre sectores suele ser formal la necesidad de una verdadera sinergia en la planificación, ejecución y seguimiento de las actividades (European Commission, 2016b).

➔ Continuación

Tabla 1
Ejemplos de países que promueven la cooperación intersectorial en la atención a la infancia y la adolescencia

Portugal	<p>En Portugal, las políticas de salud mental (en el marco de la legislación de salud mental), integran la mejora en este ámbito de la salud (es decir, promoción y prevención), el tratamiento (a través de servicios de salud mental) y la rehabilitación psicológica y social (con la participación del sector sanitario, social y otros sectores) (Jané-Llopis & Anderson, 2006).</p> <p>Concretamente, en relación con la salud mental en la infancia y la adolescencia, el Plan Nacional de Salud Mental portugués establece una serie de prioridades, entre ellas, considerar la salud mental del niño y del adolescente como una acción prioritaria de la salud, defendiendo la urgente necesidad de crear y fortalecer equipos multidisciplinarios de salud mental infanto-juvenil a nivel nacional y poner de relieve la implementación de programas de promoción y prevención de la salud mental, basados en modelos de intervención ecológica y coordinación intersectorial (Albuquerque & C., 2018).</p> <p>Para Portugal es vital desarrollar servicios y programas que permitan dar respuesta a las necesidades de cuidado de niños y adolescentes de acuerdo con los siguientes objetivos: promover la salud mental infantil y juvenil en la población y mejorar la prestación de cuidados, favoreciendo e implementando la interacción entre los servicios de salud mental infantil-juvenil y otras estructuras relacionadas con la salud, la educación, los servicios sociales y la legislación familiar (Caldas de Almeida, 2009).</p>
Reino Unido	<p>En el Reino Unido se está implementando una importante reforma de los servicios infantiles y familiares, especialmente en relación con la salud mental. Concretamente, los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes están separados de los servicios de salud mental para adultos.</p> <p>Bajo la premisa de que <i>“la mejora de la salud mental y el bienestar de la población requiere acciones en todos los sectores, a nivel local y nacional”</i>, el Departamento de Salud británico ha desarrollado una estrategia, que pretende impulsar la sensibilización y formación en salud mental en distintos sectores, como la enseñanza, los servicios sociales, la salud pública, la justicia, etc., con el fin de garantizar que todos los problemas de salud mental se identifiquen de forma temprana en todos los contextos de atención social y de salud, y se gestionen de manera adecuada. Asimismo, se fomenta que los proveedores de servicios trabajen en equipos multiprofesionales, lo que permite implementar un plan de apoyo y evaluación para toda la familia (HM Government, 2011).</p> <p>De forma específica, la iniciativa del Gobierno británico denominada <i>Future in Mind</i>, tiene como objetivo transformar la forma en que se brindan los servicios de salud mental para niños y adolescentes a nivel nacional y subraya la importancia de la cooperación entre distintos sectores (salud pública, autoridades locales, asistencia social, escuelas y justicia juvenil), para desarrollar vías de atención adecuadas y personalizadas, que incorporen modelos de intervención eficaces basados en la evidencia, enfatizando la construcción de resiliencia, la promoción de una buena salud mental, la mejora del acceso a los servicios de atención, y la prevención y la intervención temprana (Department of Health, 2015; European Commission, 2016b).</p>
Bélgica	<p>En 2016, Bélgica inició una actualización de su Estrategia Nacional de Salud Mental, firmando nuevos acuerdos sobre la reforma de la atención de niños, niñas y adolescentes. Actualmente, ha emprendido nuevas reformas, centradas en la atención de menores y en la atención forense de adultos. Este país ha reportado importantes logros en la transición de una atención institucional a una atención basada en la comunidad, con avances fundamentales en la reforma de la atención infanto-juvenil. En este proceso, se ha contado con la participación de los/as usuarios y sus familiares (Caldas de Almeida et al., 2016; Caldas de Almeida et al., 2018).</p> <p>Así, Bélgica ha emprendido una nueva reforma en su sistema de prestación de servicios de salud mental, dirigida a organizar la atención a través de redes intersectoriales y “circuitos de colaboración” para tres grupos diana (niños, niñas y adolescentes, adultos y ancianos), brindando la atención a la salud mental lo más adecuadamente posible a las necesidades y demandas de las personas con problemas de salud mental, al tiempo que se implementan procedimientos colaborativos para ofrecer atención integral en los diferentes sectores asistenciales. Asimismo, la accesibilidad de la atención especializada se beneficia de esta colaboración intersectorial (Caldas de Almeida et al., 2018; Centre for Public Impact, 2019)</p>
Finlandia	<p>En Finlandia, los proyectos clave del Gobierno son multisectoriales. Este país tiene el mayor número de programas y políticas basadas en una cooperación intersectorial que involucra a los sistemas educativo, sanitario y social (Caldas de Almeida et al., 2018; Currie et al., 2012).</p> <p>La intención del ejecutivo finlandés es mejorar la disponibilidad y la cooperación entre los servicios de bienestar de los alumnos y las alumnas (esto es: servicios sociales, educativos y de salud). Para ello, ha implementado un Programa Nacional de Desarrollo para el Bienestar Social y la Atención de la Salud (KASTE), que incluye un subprograma dirigido conjuntamente por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud y el Ministerio de Educación, y orientado a la reforma de los servicios para niños, niñas, adolescentes y familias, con especial atención al desarrollo del bienestar y salud mental para alumnos/as y estudiantes. El Plan de Bienestar para niños, niñas y adolescentes se implementa a nivel municipal junto con representantes de diferentes sectores (social, sanitario y educativo) (Caldas de Almeida et al., 2018; European Commission, 2016b; Ministry of Social Affairs and Health, 2012).</p>

➔ Continuación

Tabla 1
Ejemplos de países que promueven la cooperación intersectorial en la atención a la infancia y la adolescencia

Italia	<p>En Italia, la Ley 285 de 28 de agosto de 1997, sobre Instrucciones para la promoción de los derechos y oportunidades para niños, niñas, y adolescentes (Legge de 28 de agosto, 1997), regula la creación de un Fondo Nacional para menores, de cara a realizar intervenciones a nivel nacional, regional y local, orientadas a la promoción de los Derechos, la calidad de vida, el desarrollo, el empoderamiento de las personas y las habilidades sociales de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Esta Ley introduce el término «proyecto participativo», donde los actores implicados, pertenecientes a diferentes sectores pueden colaborar en la creación de nuevas iniciativas, «forzando», por primera vez, a los órganos institucionales (y no institucionales) a coordinarse entre sí para presentar proyectos, con la ventaja de que serán financiados (European Commission, 2016b).</p> <p>Con respecto a la región del Véneto, se han desarrollado Planes de Área para integrar y brindar dentro de la red de servicios sociales y de salud. Su objetivo es coordinar los servicios públicos y privados dentro del mismo distrito para satisfacer las necesidades de la población y garantizar servicios de alta calidad (Toniolo et al., 2012).</p> <p>En lo que se refiere a la cooperación intersectorial, los expertos locales identifican una serie de puntos fuertes y débiles. Entre los primeros, la existencia de un marco legal que incrementa la efectividad de las intervenciones dirigidas a objetivos comunes y un uso óptimo de los limitados recursos disponibles. Por su parte, como puntos débiles destaca la ausencia de procedimientos comunes para la planificación y programación, así como los plazos de los tres sectores, una terminología diferente y la necesidad de formación transversal de profesionales de diferentes sectores en habilidades específicas de prevención, para el diagnóstico precoz de los trastornos mentales (European Commission, 2016b).</p> <p>Un ejemplo de colaboración efectiva entre los tres sectores se da en el marco del proyecto nacional «<i>Ganar salud</i>», un proyecto llevado a cabo durante el año escolar 2011-12 por la Oficina Escolar Regional de la Región del Véneto, y el Departamento de Salud y Atención Social, a través del cual se proporcionó capacitación conjunta a profesionales de la salud, trabajadores sociales y docentes pertenecientes a un Instituto de Educación Secundaria de Primer Grado (correspondiente a la E.S.O en España) para un abordaje integral y eficaz de la salud infanto-juvenil (Possamai, 2013).</p>
Malta	<p>A pesar de la ausencia de un marco legal que defina y fomente la cooperación intersectorial, en la práctica esta colaboración está presente y es eficaz tanto a nivel Ministerial como a nivel Departamental. Dicha colaboración es efectiva y continua, sin muchas estructuras burocráticas, y se facilita aún más dado el tamaño geográfico y la densidad de población de Malta, por lo que los 3 sectores “<i>se conocen entre sí</i>” a nivel personal, existiendo una sinergia común entre ellos (European Commission, 2016b; Sollars et al., 2006).</p>
Noruega	<p>En Noruega, en agosto de 2017 se lanzó una estrategia nacional para la salud mental, con un enfoque en los/as niños/as y los jóvenes y la salud mental en todas las políticas (Caldas de Almeida et al., 2018).</p> <p>En este país, no existe un marco legal específico que prevea la cooperación entre los tres sectores (social, educativo y sanitario), empero, cada sector tiene la responsabilidad legal de garantizar la cooperación, orientación y asesoramiento a los otros sectores cuando sea necesario emprender medidas coordinadas.</p> <p>Actualmente, está desarrollando un sistema de colaboración interministerial para la prevención de la violencia, la promoción de la salud mental escolar y la prevención del abandono escolar (European Commission, 2016b).</p>
Eslovaquia	<p>En Eslovaquia, se creó un nuevo Programa de Salud Mental con la participación de socios intersectoriales, y en octubre de 2017 el Ministerio de Salud lanzó un nuevo grupo de trabajo para la redacción de un Programa Nacional de Salud Mental (Caldas de Almeida et al., 2018) .</p> <p>En este país, la cooperación entre los sectores se basa en documentos conceptuales y estratégicos aprobados por el Gobierno. Asimismo, aquí está bien establecida la cooperación entre los Departamentos de Salud, Educación y Trabajo, Asuntos sociales y Familia, apoyada por el Gobierno eslovaco.</p> <p>De igual modo, están surgiendo grupos de trabajo interdepartamentales -garantes para la implementación de planes de acción (por ejemplo, Grupo de trabajo interministerial para políticas estatales de juventud)-, que abordan temas relacionados con la atención a la salud mental infanto-juvenil (European Commission, 2016b).</p>
Suecia	<p>El Gobierno Sueco considera fundamental la cooperación entre el sector educativo, sanitario y social; esta cooperación intersectorial se puede organizar de muchas maneras diferentes como resultado de la autonomía de los municipios.</p> <p>Así, la legislación sobre Servicios Sociales otorga a los Servicios Sociales un papel “obligatorio” en cooperación con los centros educativos y los Servicios de Salud, y lo mismo se establece en la legislación de Salud y Educación.</p> <p>La mayoría de las regiones en Suecia cuentan con un acuerdo de cooperación organizada para niños, niñas y adolescentes que necesitan acceder a servicios educativos, servicios sociales y servicios de salud. Estos acuerdos regionales formales son la base de los acuerdos locales existentes dentro de las escuelas, servicios de salud y servicios sociales en cada municipio (European Commission, 2016b).</p>

Recopilando lo que se ha venido diciendo hasta aquí, cabe decir que la necesidad imperiosa de desarrollar la atención de la salud mental infanto-juvenil y la creciente insatisfacción con los resultados obtenidos en nuestro país, hace necesario que el debate se actualice y se mantenga.

Este Libro Blanco surge de una triple necesidad. La primera es actualizar el conocimiento sobre la naturaleza, frecuencia e impacto de los problemas psicológicos en la infancia. Tal y como se señaló al principio de esta introducción, lo que sucede en la infancia es la antesala de lo que surge en la edad adulta, y es en la edad adulta cuando se reconoce sin paliativos el peso de las enfermedades y los problemas mentales. La segunda necesidad es poner sobre la mesa las aportaciones de todos los actores relevantes para la salud mental infanto-juvenil. No se trata aquí de quitar o poner importancia de unos sobre otros. Se trata, más bien, de hacer realidad una propuesta intersectorial, desde la educación, la sanidad y los servicios sociales, que proporcione una respuesta integral a las necesidades de niños y adolescentes. La tercera necesidad es la de reivindicar una mayor atención hacia las enormes carencias humanas y materiales en este ámbito, poniendo el foco en la discrepancia entre las declaraciones institucionales y las realidades de la vida diaria.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos ha promovido diversas iniciativas dirigidas a fomentar un debate sobre la salud mental infanto-juvenil en España. Entre esas iniciativas se encuentra la convocatoria a diversos especialistas en distintos campos de la salud mental infanto-juvenil para que dieran a conocer la situación imperante en cada una de las áreas de trabajo y especialización. Los resultados de ese trabajo de recopilación podrán verse a través de la edición del presente Libro Blanco, que tendrá dos volúmenes. El primer volumen recoge la definición e informa-

ción sobre epidemiología, factores de riesgo y protección, e impacto social y personal de los principales problemas y trastornos en la infancia y la adolescencia. En su índice no se recoge información sobre todo posible trastorno o problema psicopatológico y por lo tanto habrá notables carencias. No obstante, se ha pretendido dar noticia de los problemas más prevalentes, estén o no recogidos en los sistemas diagnósticos, pero que tienen un impacto significativo tanto personal como social. En el segundo volumen, se se tiene intención de abordar los apartados de prevención y tratamiento, junto con aspectos cruciales ligados a la formación de los profesionales.

Deseamos que el Libro Blanco pueda servir de base para abrir un debate que lleve a una acción conjunta de ciudadanos interesados, sociedades profesionales y científicas, entidades públicas y privadas con interés en la infancia, medios de comunicación y administración para favorecer un impulso radical de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Referencias

- Albuquerque, & C. (2018). Portugal at the Forefront of Child and Adolescent Mental Health Promotion. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35(5). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800064>
- Barrett, B., Byford, S., Chitsabesan, P., & Kenning, C. (2006). Mental health provision for young offenders: service use and cost. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 541-546.
- Bodden, D. H. M., Stikkelbroek, Y., & Dirksen, C. D. (2018). Societal burden of adolescent depression, an overview and cost-of-illness study. *Journal of affective disorders*, 241, 256-262.
- Caldas de Almeida, J. (2009). Portuguese national mental health plan (2007-2016) executive summary. *Mental health in family medicine*, 6(4), 233.
- Caldas de Almeida, J., Mateus, P., Frásquilho, D., & Parkkonen, J. (2016). *EU Compass for action on mental health and wellbeing: annual report 2016*.
- Caldas de Almeida, J. M., Frásquilho, D., Zózimo, J., Petrea, I., Steenhuis, C., & Parkkonen, J. (2018). *EU Compass For Action On Mental Health And Wellbeing. Annual Report 2018: Summary and Analysis of Key Developments in Member States*

- and Stakeholders. Recuperado de: <http://www.infocoponline.es/pdf/Summary-analysis-of-key-developments-in-Member-States-and-Stakeholders.pdf>
- Centre for Public Impact(2019). *Reform 107: Belgium's transition to a community-based approach to mental healthcare.* Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiP-OajyNbvAhXOyqQKHazjAE0QFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.centreforpublicimpact.org%2Fcase-study%2Freform-107-belgiums-transition-community-based-approach-mental-health-care&usg=AOvVaw2gy4Q3tR7q-w4tg8-6SMOu>
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población.* Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Cuéllar Flores, I., Izquierdo, A., & Padilla, D. (2019). Mapa sobre la Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 10(2), 1-10. <https://doi.org/10.5093/cc2019a10>
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Department of Health (2015). Future in mind: Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing. *NHS England Publication Gateway Ref. No 02939.* Recuperado de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/414024/Childrens_Mental_Health.pdf
- European Commission. (2008). *Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de Alto Nivel de la UE. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar.*
- European Commission (2016a). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.* Recuperado de: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>
- European Commission (2016b). *Mental Health and Schools. Situation Analysis and Recommendations for action* (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Issue. Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_schools_en.pdf
- European Union (2011). Conclusiones del Consejo — El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2011/C 202/01. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0001:0003:ES:PDF>
- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6(36), 929-964.
- Faulconbridge, J., Hickey, J., Jeffs, G., McConnellogue, D., Patel, W., Picciotto, A., & Pote, H. (2017). What good looks like in psychological services for schools and colleges: Primary prevention, early intervention and mental health provision. *Child & Family Clinical Psychology Review*, 5.
- Fernández Liria, A. y. G. B., M. (Eds.). (2009). *Cuadernos Técnicos: Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes* (Vol. 14). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fundación Alicia Koplowitz. (2014). *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.* Recuperado de: <https://www.fundacionaliaciakoplowitz.org/wp-content/uploads/2018/12/libro-blanco.pdf>
- González López, C., Barrera Escudero, M., Cano Montes, I. M., & Díaz Pérez, I. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 20-30.
- Healey, A., Knapp, M., & Farrington, D. P. (2004). Adult labour market implications of antisocial behaviour in childhood and adolescence: findings from a UK longitudinal study. *Applied Economics*, 36(2), 93-105.
- HM Government (2011). No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. *London: Department of Health.* Recuperado de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138253/dh_124058.pdf
- Jacka, F. N., Reavley, N. J., Jorm, A. F., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J., & Berk, M. (2013, 2013/10/01). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(10), 920-929. <https://doi.org/10.1177/0004867413493523>
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. E. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories.* European Communities.
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 5-10.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Knapp, M., Ardino, V., Brimblecombe, N., Evans-Lacko, S., Lemmi, V., King, D., Snell, T., Murguia, S., Mbeah-Bankas, H., & Crane, S. (2016). *Youth mental health: new economic evidence.* London: Personal Social Services Research Unit.

- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 19-23.
- Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14.
- Kogan, S. M. (2017, Aug). The Role of Parents and Families in Preventing Young Adult Alcohol Use. *J Adolesc Health*, 61(2), 127-128. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.019>
- Legge de 28 de agosto, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, (1997).
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Child Youth Serv Rev*, 21(9-10), 755-780.
- Martínez Aguayo, J. C., & Belfort Garbán, E. (2010). Depresión en el niño y el adolescente. In E. Saad, E. Belfort, E. Camarena, R. Chamorro, & J. C. Martínez (Eds.), *Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad*. Ediciones Científicas APAL. Experiencias y evidencias en Psiquiatría. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infanto-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>
- McCrone, P., Knapp, M., & Fombonne, E. (2005). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 407-413.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- Ministry of Social Affairs and Health. (2012, March 5, 2012). *Kaste Programme will reduce inequality and reform social welfare and health care services*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73294/URN:NBN:fi-fe201504224163.pdf>
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.
- MSPSI. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- MSSSI. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2_013-2016.
- NICE. (2010). *Looked-after children and young people (NICE Public Health Guidance - PH28)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/PH28>
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B., Group, C. S., & Council, E. B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology*, 19(1), 155-162.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986*. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
- OMS (2005a). *Child and adolescent mental health policies and plans. WHO mental health policy and service guidance package - module 11*. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf?ua=1
- OMS (2005b, 12-15 de enero de 2005). *Declaración de Helsinki Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental, Helsinki, 12-15 de Enero de 2005*. Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
- OMS (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D65C9904DE7A5D40715767A193861BF1?sequence=1
- OMS (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe (9289053488)*. Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf
- Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, 9(8).
- Possamai, M. (2013). La promozione della salute a scuola e le abilità sociali a scuola. In L. Gino Sbrogiò (Ed.), *Sfumiamo i dubbi: programma basato sulla peer education e proposto alla scuola secondaria di II° grado. Manuale per operatori della sanità e della scuola* (pp. 39-48). Direzione Prevenzione - Regione del Veneto.
- Quintero, J., Ramos-Quiroga, J. A., Sebastian, J. S., Montanes, F., Fernandez-Jaen, A., Martinez-Raga, J., Giral, M. G., Graell, M., Mardomingo, M. J., Soutullo Esperón, C. A., Eiris, J., Tellez, M., Pamiás, M., Correás, J., Sabate, J., Garcia-Orti, L., & Alda, J. A. (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis. *BMC PSYCHIATRY*, 18(1), 1-10.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019, February 07). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders [journal article]. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press.
- Sánchez-García, M. A., Pérez-Albéniz, A., Paino, M., Fonseca-Pedrero, & E. (2018). Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(6), 205-216.

- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, *323*(7306), 191.
- Smith, J. P., & Smith, G. C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science and Medicine*, *71*(1), 110-115.
- Sollars, V., Attard, M., Borg, C., & Craus, B. (2006). *Early childhood education and care: A national policy*. Malta: Ministry of Education, Youth and Employment.
- Suhrcke, M., Pillas, D., & Selai, C. (2008). *Economic aspects of mental health in children and adolescents*. Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Toniolo, F., Mantoan, D., & Maresso, A. (2012). Veneto region, Italy: health system review. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Systems in Transitions*, *14*(1), 1-138.
- UNICEF (2019). *Increase in child and adolescent mental disorders spurs new push for action by UNICEF and WHO*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/press-releases/increase-child-and-adolescent-mental-disorders-spurs-new-push-action-unicef-and-who>
- Ventura, A. S., & Bagley, S. M. (2017, Sep/Oct). To Improve Substance Use Disorder Prevention, Treatment and Recovery: Engage the Family. *Journal of Addiction Medicine* *11*(5), 339-341. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000331>
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*, *281*(18), 1707-1713.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International journal of integrated care*, *11*(e124). <https://doi.org/10.5334/ijic.653>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. World Health Organization. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1

Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad

José Pedro Espada¹, Mireia Orgilés¹, Xavier Méndez² y Alexandra Morales¹

¹Universidad Miguel Hernández. ²Universidad de Murcia

INDICE

18	Depresión
18	<i>Características y definición de la depresión</i>
20	<i>Epidemiología de la depresión</i>
20	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
21	<i>Factores de riesgo y protección en la depresión</i>
22	Problemas de ansiedad
22	<i>Características y definición de los problemas de ansiedad</i>
25	<i>Epidemiología de los problemas de ansiedad</i>
28	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
28	<i>Factores de riesgo y protección en los problemas de ansiedad</i>
29	Referencias

Los problemas emocionales en la infancia afectan de forma grave a la salud pública debido a su alta prevalencia, a su inicio cada vez más temprano, a su cronicidad si no son tratados, y a sus repercusiones en el desarrollo del niño y su familia. Se estima que de 3 a 6 de cada 10 preadolescentes y de 3 a 5 de cada 10 adolescentes presentan algún problema psicológico (Ezpeleta et al., 2007). En particular, los problemas y trastornos de regulación emocional comprometen el bienestar del niño y del adolescente interfiriendo en el desarrollo normativo de habilidades y competencias emocionales, cognitivas y sociales, que les permiten ir superando los hitos normativos. Tanto en forma de sintomatología como de cuadro clínico, los problemas y trastornos emocionales relacionados con la depresión y la ansiedad se encuentran entre los más prevalentes y con mayor capacidad para generar desadaptación en niños y adolescentes de entre 10 y 19 años (OMS, 2014).

Depresión

Características y definición de la depresión

La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y desesperanza o estado de ánimo irritable y/o pérdida de interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras. La sintomatología se mantiene en el tiempo (al menos dos semanas) e interfiere negativamente en la vida del niño/a. Estos síntomas emocionales cursan junto a otros de tipo somático/biológico y cognitivo. El niño deprimido puede presentar sentimientos de infravaloración y culpabilidad excesiva o inapropiada, dificultades para concentrarse o pensar, indecisión y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Entre los cambios somáticos/biológicos están las alteraciones en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia) y alimentación (aumento o disminución del apetito), agitación o inhibición del movimiento y fatiga o pérdida de energía. La falta

de apetito puede suponer no alcanzar el peso esperado para su edad.

En la última versión del DSM (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno de depresión mayor está clasificado en el epígrafe “trastornos depresivos”, junto con el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias y el trastorno depresivo debido a otra afección. Una de las novedades incorporadas a este epígrafe es el trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo. Este nuevo trastorno reconoce el estado de ánimo irritable o irascible durante la mayor parte del día y accesos de cólera y rabietas como parte de la manifestación de la depresión infantil (entre los 6 y 18 años) (Carrobbles, 2015). Este cambio pretende reducir el sobrediagnóstico por trastorno bipolar asociado a la presencia de accesos de cólera y el ánimo irritable en niños en fase maníaca o hipomaniaca. Sin embargo, este nuevo trastorno ha sido cuestionado por su solapamiento con otros problemas psicológicos (p. ej., trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del espectro autista, etc.). El trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo es la antesala a otros problemas de ansiedad y la depresión unipolar. La prevalencia de este trastorno se estima entre el 2-5% y es más frecuente en niños (respecto a niñas), si bien, al ser una entidad diagnóstica reciente no hay datos fiables.

Para el diagnóstico de depresión mayor, se deben cumplir al menos con cinco de estos síntomas durante dos semanas y han de generar un cambio respecto a la actividad previa: al menos uno debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer: 1. Estado de ánimo depresivo (o irritable en el caso de los niños) la mayor parte del día, casi

todos los días, indicado por el niño o por observadores, 2. Disminución del interés o del placer en las actividades diarias, 3. Reducción significativa de peso (no atribuible a una dieta) o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días, 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días, 5. Retraso psicomotores o agitación casi todos los días, 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días, 7. Sentimientos de desvalorización o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (no únicamente culpa por estar enfermo o autorreproches), 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros) y 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento de suicidio o un plan de suicidio específico. Este cuadro clínico provoca un gran malestar o deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento del niño (American Psychiatric Association, 2013).

La depresión en la infancia y adolescencia puede manifestarse con síntomas diferentes a los observados en los adultos (World Federation for Mental Health, 2018). Los niños con depresión son más propensos a mostrar un estado de ánimo irritable, frustración y hostilidad, en lugar de la tristeza propia de la depresión en adultos. En consecuencia, los problemas de conducta son considerados característicos de la depresión infantil (del Barrio, 2008). Los síntomas somáticos, como dolores de cabeza o de estómago (sin causa médica), pueden ser indicadores de un estado deprimido en la infancia. Especialmente en la adolescencia (a diferencia de la etapa adulta), la depresión puede cursar con una alta sensibilidad a la crítica, lo que facilita una elevada vulnerabilidad a la crítica y al rechazo. En el curso de la depresión, los adultos tienden a aislarse, mientras que los adolescentes suelen mantener algunas amistades y/o a relacionarse con otros grupos.

Epidemiología de la depresión

La depresión es uno de los problemas de regulación emocional más prevalentes en la infancia y con repercusiones más devastadoras en el desarrollo personal, académico y social del niño (OMS, 2014). En general, los datos de prevalencia de depresión en la infancia varían en función del estudio y la metodología empleada. En un metaanálisis de la prevalencia mundial de trastornos mentales en niños y adolescentes se concluye que la prevalencia de los trastornos depresivos es del 2,6% (IC 95%: 1,7-3,9) (Polanczyk et al., 2015). Un estudio epidemiológico más reciente concluyó que la media global de prevalencia de depresión en niños y adolescentes entre 5 y 17 años es del 6,2% (Erskine et al., 2017). En Estados Unidos, los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (National Survey of Children's Health, NSCH) indican que el 3,2% de los niños de entre 3 y 17 años tienen un diagnóstico de depresión (Ghandour et al., 2019). Como es esperable, los estudios que evalúan síntomas depresivos hallan tasas más altas. Por ejemplo, la prevalencia de problemas emocionales en adolescentes entre 13 y 18 años se estima en 14,3%, según datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad para Adolescentes en los Estados Unidos (National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement, NCS-A) (Merikangas et al., 2010).

La probabilidad de desarrollar una depresión aumenta con el transcurso de los años. En un estudio longitudinal durante cinco años con más de trece mil niños y adolescentes con y sin diagnóstico de depresión, se observó que la prevalencia de depresión se incrementaba del 0,2% a los 7 años al 2,0% en adolescentes de 15 años (Kostev et al., 2019). Se estima que la prevalencia de depresión en niños oscila entre el 0,4% y el 2,5%, mientras que en adolescentes lo hace entre el 0,7 y el 9,8% (Kessler et al., 2001; Lewinsohn & Essau, 2002). A partir de una

revisión de la literatura se observa que la prevalencia de la depresión no suele exceder los siguientes valores: 0,5% para niños menores de 6 años, 2,5% para niños entre 6 y 12 años y 10% para adolescentes a partir de los 13 años, y ésta tiende a aumentar hasta una tasa similar a la población adulta.

En España, los datos de prevalencia de la depresión infantil son similares a los informados en estudios internacionales. La prevalencia de depresión estimada es del 2% en niños pequeños, del 9% en niños en la infancia media y del 15% en adolescentes (del Barrio, 2008). Por su parte, Canals et al. (2018) encontraron una prevalencia del 1,5% de depresión mayor en adolescentes, una tasa similar a la registrada 20 años antes (1,6%). Se puede concluir que la prevalencia de la depresión en escolares se sitúa en torno al 2% y que durante la adolescencia aumenta progresivamente, pudiendo alcanzar una prevalencia de hasta el 25% al final de la adolescencia (Hankin et al., 1998; Kessler et al., 2001).

La comorbilidad del trastorno por depresión mayor con otros problemas psicológicos es alta, especialmente con el consumo de sustancias (a partir de la adolescencia), los trastornos de ansiedad (principalmente el trastorno de pánico), el trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de alimentación (anorexia y bulimia) y el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013). En niños españoles se ha observado que el 80% de los diagnosticados con trastorno de depresión mayor también tenían un trastorno de ansiedad (Canals et al., 2018).

Impacto del problema en las esferas personal y social

Por lo que se refiere al impacto en la esfera personal y social, la depresión es la principal causa

de discapacidad en adolescentes en todo el mundo y favorece en gran medida a la morbilidad (OMS, 2014). En los casos más graves puede derivar en ideación suicida y suicidio. La depresión tiene repercusiones negativas en diferentes áreas del niño y del adolescente (véase García-Vera & Sanz, 2016). El nivel de impacto en las esferas personal y social está determinado por la gravedad de la depresión y la etapa evolutiva.

Tabla 1.1

Posibles efectos de la depresión según la etapa evolutiva

Menos de 6 años	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dificultades para alcanzar hitos evolutivos (p. ej., problemas relacionados con el control de esfínteres). ▶ Síntomas somáticos (p. ej., dolores de cabeza y estómago). ▶ Otros problemas médicos (p. ej., asma, dermatitis y alergias). ▶ Rechazo a ir al colegio por diversos motivos (p. ej., trastornos comórbidos como la ansiedad escolar y ansiedad por separación). ▶ Mayor riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje (p. ej., prelectura, dibujo o lenguaje).
6 - 12 años	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retroceso a hitos evolutivos que ya se habían adquirido (p. ej., enuresis o encopresis). ▶ Mayor propensión a presentar conductas disruptivas y aislamiento social. ▶ Desmotivación escolar, miedo a no alcanzar metas académicas y disminución del rendimiento educativo.
13-18 años	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Somatizaciones en forma de dolores de cabeza o problemas gastrointestinales. ▶ Mayor propensión a mostrar conductas de tipo antisocial (p. ej., peleas o robos), aislamiento social y consumo de sustancias como el alcohol, la marihuana y otras drogas ilícitas. ▶ Despreocupación por los asuntos académicos, abandono escolar, desinterés vocacional, conductas disruptivas en el aula y bajo rendimiento académico ▶ Afectación en el comportamiento sexual: mayor promiscuidad, conductas sexuales de riesgo para contraer infecciones sexuales y embarazos no deseados.

Factores de riesgo y protección en la depresión

Como en la mayoría de los problemas psicológicos, la etiología de la depresión es multicausal. En el desarrollo y mantenimiento de la depresión están implicados factores psicológicos, ambientales, genéticos y fisiológicos (American Psychiatric

Association, 2013; Carrobbles, 2015). La presencia de un mayor número de factores de riesgo implica, obviamente, un mayor riesgo para desarrollar depresión. Si bien, es importante destacar que, en términos generales, ningún factor de riesgo por sí mismo puede explicar la manifestación de los problemas emocionales.

Por lo que se refiere a los factores individuales, el temperamento del niño puede influir en el desarrollo y manifestación de la depresión. Los individuos con tendencia a experimentar estados emocionales negativos (afectividad negativa o neuroticismo) son más proclives a desarrollar problemas emocionales en respuesta a situaciones adversas (American Psychiatric Association, 2013; Mezulis et al., 2014). Hay evidencia de que las manifestaciones del temperamento no son determinantes, sino que están moduladas por las experiencias de aprendizaje y el contexto del niño. Otros factores del individuo que se han relacionado con mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión son tener un estilo cognitivo rumiativo (especialmente en chicas) (Mezulis et al., 2014), baja autoestima (Costello et al., 2008), ser mujer (respecto a ser hombre), ser adolescente (respecto a ser niño) y la pubertad temprana (Fernández Castela & Kröner-Herwig, 2013; Mohammadi et al., 2019). Otros factores que incrementan el riesgo de desarrollar depresión son la presencia de otros problemas psicológicos o enfermedades médicas crónicas e incapacitantes (American Psychiatric Association, 2013). Entre los problemas psicológicos que cursan con más frecuencia junto con la depresión están los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias y el trastorno de la personalidad límite.

La depresión parece presentar también un cierto componente genético. Los niños con padres con depresión tienen entre 2 y 4 veces más riesgo de desarrollar este trastorno respecto a la población

general (American Psychiatric Association, 2013). Aunque los estudios con gemelos y de adopción evidencian el peso de la genética, no todos los niños con predisposición biológica desarrollan depresión y los niños sin esta predisposición también pueden desarrollar depresión (García-Vera & Sanz, 2016). Hoy en día hay consenso en que es la interacción entre la predisposición biológica y los factores ambientales lo que condiciona la etiología y mantenimiento de la depresión (para una revisión ver Mitjans & Arias, 2012). Por último, los problemas cardiovasculares, la obesidad mórbida y la diabetes son condiciones que también pueden contribuir a cronificar los problemas emocionales.

Dentro de los factores ambientales, la exposición a eventos vitales negativos durante la infancia es un factor precipitante de los episodios de depresión (American Psychiatric Association, 2013). La investigación ha demostrado que suelen ser acontecimientos que implican estrés para el menor o que suponen algún tipo de pérdida. Por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido, la separación de los padres, conflictos familiares, cambio de centro educativo, acoso o rechazo escolar y tener un bajo rendimiento académico o ajuste escolar (Brendgen et al., 2005; Brière et al., 2015; Carrobes, 2015; García-Vera & Sanz, 2016). Los niños que han sido víctimas de abusos o negligencia parental (p. ej., niños residentes en centros de acogida o instituciones de seguridad) son especialmente vulnerables a desarrollar problemas emocionales (Moretti & Craig, 2013; Tyler & Ray, 2019). Pertenecer a una familia con nivel socioeconómico bajo o a un grupo social o étnico minoritario también incrementa el riesgo de depresión (Costello et al., 2008). Otros factores precipitantes de los problemas emocionales son el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y la marihuana (Costello et al., 2008; Repetto et al., 2005).

Por lo que se refiere a los factores de protección, las investigaciones señalan que la mayoría de éstos forman parte de la esfera social, como tener una estructura familiar biparental, mantener relaciones familiares cercanas y relaciones de amistad saludables (Costello et al., 2008). A nivel individual, se ha observado que el sentido del humor y el optimismo son variables protectoras de los problemas emocionales (Sánchez-Hernández & Méndez, 2009).

Problemas de ansiedad

Características y definición de los problemas de ansiedad

Los problemas y trastornos de ansiedad son los más frecuentes en niños y adolescentes (Canals et al., 2019; Spence, 1997). Los miedos y la ansiedad son comunes en la infancia y suelen aparecer cuando el niño debe hacer frente a un nuevo desafío evolutivo (p. ej., interaccionar con otros niños o separarse de sus figuras de apego para ir a la escuela infantil). La mayoría de los niños son capaces de gestionar adecuadamente aquello que les genera miedo o ansiedad. Sin embargo, en algunos casos los síntomas se cronifican, se intensifican y afectan al funcionamiento cotidiano del niño, convirtiéndose realmente en un problema para éste y su entorno (Costello et al., 2008). Los problemas y trastornos de ansiedad cursan con miedo (entendido como la respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria) y ansiedad (entendida como la respuesta anticipatoria a una amenaza) (American Psychiatric Association, 2013). La principal diferencia entre los trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5 son las situaciones o fuentes que generan el miedo y ansiedad. Los trastornos de ansiedad presentan una alta comorbilidad entre ellos, con otros trastornos (p. ej., depresión o consumo de sustancias) y tienden a persistir si no se tratan

(American Psychiatric Association, 2013; Beidel et al., 2007). A continuación, se describen los trastornos de ansiedad más frecuentes en la infancia: ansiedad por separación, fobias específicas, ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada.

Ansiedad por separación

La ansiedad cuando el niño se ha de separar de los padres es un miedo evolutivo que suele iniciarse en torno a los seis meses de edad y se intensifica a los dos años (Orgilés et al., 2016). Actúa como mecanismo para proteger al niño frente a posibles peligros. La ansiedad por separación se considera problemática cuando el niño muestra un miedo desproporcionado ante la ausencia de sus figuras de apego y genera un deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento. En estos casos el niño muestra una ansiedad elevada cuando los padres no están presentes o cuando anticipa su marcha. A menudo el niño refiere quejas somáticas, se niega a ir a la escuela y siente miedo al dormir solo. Cuando no está con sus padres, el niño se preocupa de forma excesiva y persistente por si les ha sucedido alguna desgracia (p. ej., si han sido raptados o han tenido un accidente). Si anticipa que los padres se marchan, evita separarse de ellos (p. ej., se niega a ir a la escuela o a estar lejos de casa). El niño logra reducir su malestar mediante conductas de seguridad y de apego excesivo, y evitando situaciones que impliquen separarse de las figuras de apego.

Cuando el problema se agrava se puede hablar de trastorno de ansiedad por separación que, de acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), según el cual los niños en esta situación deben cumplir con al menos tres de los siguientes criterios: 1. Malestar persistente y excesivo cuando vive o anticipa una separación de las figuras de apego, 2. Preocupación persistente y ex-

cesiva por la pérdida de las figuras de apego o el bienestar de éstas, 3. Preocupación persistente y excesiva por eventos adversos que causen daño a las figuras de apego, 4. Oposición a estar lejos de casa, ir al colegio o salir de casa, 5. Miedo persistente y excesivo a estar solo o sin las figuras de apego, 6. Oposición a dormir fuera de casa o lejos de las figuras de apego, 7. Pesadillas recurrentes sobre la separación, 8. Síntomas somáticos, como dolor de cabeza o de estómago ante la separación o cuando se prevé ésta. El miedo y la ansiedad deben persistir al menos cuatro semanas en niños y adolescentes, y deben generar un deterioro en las áreas importantes de su funcionamiento.

Fobia específica

Gran parte de los miedos infantiles son evolutivos y permiten al niño protegerse de ciertos peligros (Sandín, 1997). Se estima que a partir de los seis meses de vida los bebés comienzan a experimentar miedos evolutivos, como el miedo a separarse de los padres, a los extraños, a las alturas o a objetos imaginarios. La naturaleza de los miedos varía con los años, pasando de miedos de carácter más físico (en la infancia) a otros sociales (a partir de la pre-adolescencia). Los miedos se consideran normativos cuando se dan en la etapa evolutiva esperada, son transitorios y de poca intensidad (Jiménez, 1995). Por ejemplo, los niños entre 4 y 6 años a menudo tienen miedo a la oscuridad, pero no sería esperable que se mantuviera a los 10 años (Orgilés, 2014). El miedo a la separación de los padres y a los desconocidos suele manifestarse a partir de los seis meses, los signos son más exacerbados entre los 9 y 13 meses y se debilitan a partir de los dos años (Sandín, 1997). Los miedos hacia seres imaginarios (p. ej., brujas o monstruos) aparecen a partir de los dos años y medio. El miedo a los animales (p. ej., arañas o insectos) y a elementos del entorno (p. ej., tormentas o alturas)

suelen darse al comienzo de la niñez. En particular, el miedo a las alturas está condicionado al desarrollo locomotor del niño, además de la edad. Por otro lado, los miedos sociales (p. ej., ser rechazado o hacer el ridículo) son más frecuentes al final de la niñez y durante la adolescencia, cuando se otorga un mayor valor a la opinión de los demás sobre uno mismo, y se comienza a forjar la propia identidad (Morales et al., 2016).

Cuando el niño presenta un miedo que no es esperable para su momento evolutivo, con alta intensidad y genera malestar se considera desadaptativo. Los niños con fobias específicas deben cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013): 1. Ansiedad intensa o miedo por un objeto o situación concreta, 2. El objeto o la situación fóbica casi siempre generan ansiedad o miedo inmediato, 3. Evitación del objeto o situación fóbica o resistencia con ansiedad intensa o miedo, 4. La ansiedad o miedo es desproporcionado a la amenaza real que representa, 5. Duración de al menos seis meses, y 6. Genera malestar significativo en las diferentes áreas de funcionamiento del niño.

Ansiedad social

En los problemas de ansiedad social la fuente de miedo o ansiedad es la exposición o anticipación de situaciones sociales. El niño muestra ansiedad o miedo desproporcionado ante la posibilidad de ser evaluado negativamente por los demás o que otros perciban que está nervioso (Ranta et al., 2015). Por ello trata de evitar las situaciones que implican relacionarse con otras personas, actuar delante de otros o ser observado. Especialmente en niños, la ansiedad social puede cursar con llanto, rabietas, quedarse paralizado, encogerse o no tener éxito en las situaciones sociales (American Psychiatric Association, 2013). Tienen pensamientos negativos e intrusivos en respuesta a su

valoración de la situación social como amenazante y la preocupación por la evaluación negativa de los demás (Morales et al., 2016). La sobreestimación de la crítica y las expectativas de fracaso son características de la ansiedad social.

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los niños con trastorno de ansiedad social deben cumplir con los siguientes criterios: 1. Ansiedad o miedo intensos ante una o más situaciones sociales, 2. Miedo a actuar de cierta manera o a mostrar ansiedad y ser evaluado negativamente, 3. Las situaciones sociales suelen ser fuente de miedo o ansiedad, 4. Evitación de las situaciones sociales o las resiste con ansiedad y miedo, 5. La ansiedad y el miedo son desproporcionados a la amenaza real, 6. La duración del miedo, ansiedad o evitación es de al menos seis meses, y 7. Malestar clínicamente significativo en las áreas de funcionamiento del niño. En los niños, la ansiedad debe manifestarse en su interacción con otros niños (y no solo con adultos).

Trastorno de pánico y agorafobia

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de pánico suele iniciarse en la adolescencia tardía (20-24 años), siendo poco común en la infancia. Un ataque de pánico consiste en la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y va acompañado de al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1. Palpitaciones o alta frecuencia cardíaca, 2. Sudoración, 3. Temblores o estremecimiento, 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia, 5. Sensación de ahogo, 6. Dolor o molestias en el tórax, 7. Náuseas o malestar abdominal, 8. Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, 9. Sensación de calor o escalofríos, 10. Sensación de entumecimiento o de hormigueo (parestias), 11. Sensación de irrealidad (desrealización) o de separarse de uno mismo

(despersonalización), 12. Miedo a perder el control o volverse loco y 13. Miedo a morir (American Psychiatric Association, 2013). La frecuencia de los ataques de pánico y su nivel de gravedad son variables. El trastorno de pánico se diagnostica cuando al menos uno de los ataques de pánico produce en el mes o en los meses siguientes: 1. Preocupación continua por nuevos ataques de pánico y sus repercusiones, 2. Cambios de comportamiento desadaptativos para evitar ataques de pánico (p. ej., dejar de hacer ejercicio o evitar situaciones poco familiares).

Un tercio de los individuos que presentan trastorno de pánico desarrollan agorafobia en población general, y más del 50% en población clínica (American Psychiatric Association, 2013). A menudo los síntomas de ansiedad y agorafobia son previos al trastorno de pánico. La agorafobia se caracteriza por un miedo intenso hacia dos o más de las siguientes situaciones: 1. Usar transporte público, 2. Estar en espacios abiertos, 3. Estar en sitios cerrados, 4. Hacer cola o estar con mucha gente, y 5. Estar fuera de casa solo. El temor hacia estas situaciones es desproporcionado y se fundamenta en la idea de que no podría escapar o le resultaría difícil en caso de necesitar ayuda si experimenta síntomas de pánico u otros que puedan ser embarazosos. Las situaciones agorofóbicas casi siempre generan ansiedad o miedo, por lo que tienden a evitarse activamente, requieren de un acompañante o son resistidas con ansiedad y miedo. El cuadro clínico genera un malestar significativo en las diferentes áreas de funcionamiento.

Ansiedad generalizada

La característica principal de la ansiedad generalizada es la preocupación excesiva por un amplio abanico de temas y acontecimientos. Los temas de preocupación en niños con ansiedad generalizada

son muy diversos: su competencia personal o calidad de su desempeño, rendimiento deportivo, la salud y bienestar de sus seres queridos y el suyo propio, aceptación social, eventos adversos como guerras o catástrofes naturales, entre otros (American Psychiatric Association, 2013; Orgilés et al., 2016). Las preocupaciones tienden a referirse a situaciones futuras e hipotéticas, cuya probabilidad de que ocurran es incierta o baja (Montorio et al., 2015). Por lo tanto, no resulta eficiente ni productivo dedicar tiempo a pensarlas, y menos aún en buscar posibles soluciones. El estado de preocupación de los niños con ansiedad generalizada les dificulta concentrarse y se sienten con frecuencia inquietos y fatigados. Pueden mostrarse fácilmente irritables o referir problemas para dormir, entre otros síntomas. La ansiedad generalizada se observa en niños que se muestran formales, perfeccionistas, inseguros y con necesidad de aprobación externa (American Psychiatric Association, 2013; Orgilés et al., 2016).

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los niños con trastorno de ansiedad generalizada deben mostrar ansiedad y preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación y al menos uno de los siguientes síntomas: 1. Inquietud, 2. Facilidad para fatigarse, 3. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco, 4. Estado de ánimo irritable, 5. Tensión muscular o 6. Dificultades para dormir. Este cuadro clínico causa un malestar significativo en diferentes áreas del niño.

Epidemiología de los problemas de ansiedad

Los estudios epidemiológicos ponen en valor la importancia de los trastornos de ansiedad, y evidencian que son los problemas psicológicos más comunes en la infancia y la adolescencia (Costello et al., 2008; Polanczyk et al., 2015). El hecho de que esta categoría diagnóstica englobe diferentes tras-

tornos puede explicar que los datos de prevalencia globales para ansiedad sean superiores a los hallados en otros trastornos como la depresión mayor. En una muestra de más de seis mil niños entre 9 y 16 años, Costello et al. (2008) encontraron una prevalencia a los tres meses para cualquier trastorno de ansiedad de 2,4 (IC 95% 1,8-3,1%). Los niños entre 9-10 años fue el grupo más afectado por los problemas de ansiedad (4,6; IC 95% 2,8-7,5) respecto a los de mayor edad. Según la revisión metaanalítica de Polanczyk et al. (2015), la prevalencia media para los trastornos de ansiedad se sitúa en torno al 6.5% (IC 95% 4,7-9,1). En un estudio reciente con muestra americana entre 3 y 17 años, Ghandour et al. (2019) encontraron una prevalencia similar, concretamente el 7,1% presentaba un trastorno de ansiedad en curso.

La prevalencia de problemas de ansiedad en niños españoles se estima entre 5-27%, a partir de estudios epidemiológicos (Canals et al., 2019; Ezpeleta et al., 2007) y con muestras de escolares en los que se consideró sintomatología elevada (puntuaciones por encima del centil 95-98) (Orgilés et al., 2012; Piqueras et al., 2017). Un estudio reciente del equipo de Canals et al. (2019) concluye que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños entre 9 y 12 años es del 11,8% en muestra escolar. La presencia de un trastorno de ansiedad a edades tempranas incrementa el riesgo de desarrollar otros problemas psicológicos (Costello et al., 2008). Las chicas son más propensas a presentar problemas de ansiedad; no obstante, estas diferencias de género suelen ser más pronunciadas a partir de la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno de ansiedad por separación es el trastorno de ansiedad de aparición más temprana y uno de los más prevalentes en menores de 12 años (American Psychiatric Association, 2013; Orgilés et al., 2012). En niños, la prevalencia se estima en el

4%, mientras que en adolescentes en el 1,6% (American Psychiatric Association, 2013). Se considera un miedo evolutivo, por lo que a medida que el niño madura la posibilidad de desarrollar el problema es menor. Claramente la presencia del trastorno disminuye progresivamente desde la infancia hasta la etapa adulta (0,9-1,9%). No hay diferencias por género en poblaciones clínicas, mientras que en población general suele ser más habitual en niñas (Orgilés et al., 2012). Esta diferencia podría deberse a sesgos por la remisión de síntomas tras el tratamiento. La ansiedad por separación como trastorno puede aparecer en cualquier momento, normalmente antes de los 18 años, y a menudo en la etapa preescolar. Este problema presenta una alta comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica (American Psychiatric Association, 2013). En España, datos recientes indican que la prevalencia de la ansiedad por separación en niños españoles se estima en el 3,4% (IC 95% 2,5-4,3) y no hay diferencias estadísticamente significativas por género (Canals et al., 2019).

La prevalencia de la fobia específica alcanza un 5% en niños y en adolescentes (13-17 años) en un 16% (American Psychiatric Association, 2013). Suele aparecer entre los 7 y 11 años, a menudo como resultado de una experiencia traumática. El elemento o situación fóbica suele evolucionar con la edad. En población general, las mujeres presentan mayor riesgo que los hombres de desarrollar fobia específica (proporción 2:1). Las fobias a los animales y a elementos del entorno son más frecuentes en mujeres. Este trastorno es más común en Estados Unidos y Europa respecto a Latinoamérica, Asia y África. Los niños con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros problemas psicológicos (p. ej., otros trastornos de ansiedad, depresión, síntomas somáticos, etc.) (American Psychiatric Association, 2013). En España, el estudio

de Canals et al.(2019) halló una prevalencia de las fobias específicas del 16,2% (IC 95% 14,3-18,1), sin diferencias por género.

La prevalencia de la ansiedad social se estima en un 7% en población general estadounidense, mientras que en Europa es significativamente inferior (3,2%) (American Psychiatric Association, 2013). La presencia de la ansiedad social en niños y adolescentes es equivalente a la de adultos. A diferencia de otros trastornos de ansiedad (p. ej., ansiedad por separación), la ansiedad social es más frecuente en adolescentes que en niños (Ranta et al., 2015). La edad media de inicio se estima en 13 años y la mayoría de los casos tienen entre 8 y 15 años (American Psychiatric Association, 2013). Respecto a los niños, los adolescentes tienen la madurez cognitiva suficiente para ser conscientes de la imagen que proyectan en los demás y otorgan mayor valor a la opinión de los otros, siendo esto un caldo de cultivo, combinado con otros factores, para desarrollar ansiedad social. En población general, la prevalencia del trastorno es mayor en chicas, mientras que en población clínica son similares o algo superiores en chicos. Estas diferencias pueden atribuirse a que los chicos solicitan ayuda en mayor medida que las chicas (American Psychiatric Association, 2013). El trastorno de ansiedad tiende a ser crónico, especialmente si no se trata (Morales et al., 2016). Presenta una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresión mayor y consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2013; Ranta et al., 2015). Estudios con muestra española entre 9 y 18 años indican que la prevalencia de ansiedad social en niños y adolescente oscila aproximadamente entre el 4-8% (Canals et al., 2019; Garcia-Lopez et al., 2014; Olivares, 2005). Por ejemplo, en una muestra de 16.000 adolescentes españoles entre 14 y 18 años, (Olivares, 2005) se encontró una prevalencia de ansiedad social del 8,2%; presentando el 3% síntomas severos.

La prevalencia del trastorno de pánico es baja en menores de 14 años (< 0,4%). A partir de la adolescencia, la tasa de este problema aumenta, especialmente en las mujeres. En la etapa adulta alcanza los valores más altos, con una prevalencia anual entre 2-3% en adultos y adolescentes americanos y europeos. La presencia de este problema es menor en las culturas asiática, africana y latina (0,1-0,8%). El curso tiende a ser crónico, con oscilaciones. El pánico presenta una alta comorbilidad con otros problemas de ansiedad (especialmente la agorafobia), el trastorno bipolar y la depresión mayor (American Psychiatric Association, 2013). La agorafobia alcanza su máxima incidencia en la adolescencia tardía, aunque puede darse también en la infancia. Los primeros síntomas suelen aparecer a una edad media de 17 años. En adolescentes y adultos se estima una prevalencia de 1,7%. El curso tiende a ser crónico y persistente, si no se trata. Solo el 10% de los casos remite espontáneamente. El estudio de Canals et al. (2019) informa de una prevalencia de 1,4% (IC 95%: 0,8-2) para el trastorno de pánico en niños y adolescentes españoles.

La ansiedad generalizada es uno de los trastornos de ansiedad que aparece más tarde, siendo raro antes de la adolescencia. En Estados Unidos, la prevalencia de la ansiedad generalizada en adolescentes se estima en 0,9%, inferior a la de los adultos en muestra comunitaria (2,9%) (American Psychiatric Association, 2013). Los individuos de países desarrollados y los de procedencia europea presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad generalizada. Respecto a los hombres, las mujeres presentan el doble de riesgo de tener este problema; si bien, estas diferencias de género suelen observarse a partir de la adolescencia (Orgilés et al., 2016). Los síntomas propios de la ansiedad generalizada en niños suelen atribuirse a un temperamento ansioso. El curso es crónico, aunque con

fluctuaciones en el tiempo. Se sospecha que hay un sobrediagnóstico de ansiedad generalizada en niños, puesto que los síntomas pueden ser confundidos con otros problemas de ansiedad (p. ej., ansiedad por separación o ansiedad social) (American Psychiatric Association, 2013). En España, Canals et al. (2019) hallaron una prevalencia del 6,9% (IC 95%: 5,6-8,2) para el trastorno de pánico en niños y adolescentes.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El impacto de los problemas de ansiedad en las esferas personal y social es muy elevado. A nivel mundial, la ansiedad es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes (OMS, 2014a). Los problemas de ansiedad se relacionan con dificultades en el funcionamiento social (p. ej., aislamiento social o escasas relaciones sociales) y académico (p. ej., bajo rendimiento escolar o absentismo), y pueden favorecer la aparición de otros problemas interiorizados (p. ej., depresión) y exteriorizados (p. ej., conductas disruptivas), así como el consumo de drogas como estrategia de afrontamiento (American Psychiatric Association, 2013; Cummings et al., 2014; Ranta et al., 2015). Estudios longitudinales encontraron que los trastornos de ansiedad (en ausencia de tratamiento) predicen la psicopatología (por ejemplo, la depresión y otros trastornos de ansiedad) más adelante en la infancia, la adolescencia y la edad adulta (ver Beidel et al., 2007). Se estima que el 75% de los trastornos de ansiedad en adultos comenzaron en la infancia, con una edad media de aparición entre los 8 y los 12 años (Kessler et al., 2005).

La repercusión de los problemas de ansiedad depende del nivel de gravedad y la naturaleza del problema. Por ejemplo, la fobia a la oscuridad genera una gran interferencia en el funcionamiento

y bienestar familiar, puesto que el niño requiere la presencia del padre o la madre durante la noche (Orgilés, 2014). En comparación con las madres de niños sin problemas a la hora de dormir, las que tienen hijos con fobia a la oscuridad informan de más estrés, carencia de amigos en la familia, menos dedicación a los otros hijos y interrupción de la rutina familiar. En particular, la ansiedad social se asocia a problemas de ajuste psicosocial, deterioro en el ámbito académico y en el área personal (mayor probabilidad de consumo de drogas) (Morales et al., 2016; Ranta et al., 2015). La ansiedad social en la adultez se asocia con mayor probabilidad de estar solteros o con fracasos personales, menor nivel socioeconómico y más problemas de pareja.

Factores de riesgo y protección en los problemas de ansiedad

La etiología y mantenimiento de los problemas de ansiedad es multicausal. Factores individuales y ambientales han demostrado estar implicados en la aparición de estos problemas tan altamente prevalentes en la infancia y adolescencia (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a los factores de riesgo individuales, los rasgos temperamentales del niño, como la inhibición de la conducta y la afectividad negativa (neuroticismo) son antecedentes comunes de los trastornos de ansiedad. El miedo a la evaluación negativa es característico de los niños y adolescentes con ansiedad social (Morales et al., 2016; Olivares, 2005), mientras que la sensibilidad a la ansiedad (disposición a creer que los síntomas ansiosos son negativos) se asocia con la etiología del pánico y la agorafobia (American Psychiatric Association, 2013). La evitación del daño es un factor con alto peso en la etiología de la ansiedad generalizada. Hay evidencia de que la aparición de determinados trastornos de ansiedad en la infancia

favorece el desarrollo comórbido de otros problemas ansiosos (Canals et al., 2019; Ezpeleta et al., 2007). Por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación en su nivel más grave puede ser un factor de riesgo (aunque no siempre) para el trastorno de pánico (American Psychiatric Association, 2013). Algunas enfermedades físicas (p. ej., asma o migrañas), pueden favorecer el desarrollo de problemas de ansiedad, especialmente ansiedad generalizada (Montorio et al., 2015).

La heredabilidad estimada para los trastornos de ansiedad es alta (p. ej., 73% para ansiedad por separación y del 61% para agorafobia) (American Psychiatric Association, 2013). Los niños con padres con ansiedad social tienen entre 2 y 6 veces más probabilidades de desarrollar este problema. Un tercio del riesgo de desarrollar ansiedad generalizada depende de factores genéticos. Asimismo, rasgos temperamentales, como la inhibición conductual y la afectividad negativa, tienen un alto componente genético.

Por lo que se refiere a los factores ambientales, las experiencias de estrés pueden favorecer el desarrollo de trastornos de ansiedad. Por ejemplo, la pérdida de un ser querido o estar separado de las figuras de apego durante un tiempo favorecen la ansiedad por separación. La exposición a situaciones traumáticas, el maltrato físico o abusos sexuales incrementan el riesgo de una fobia específica. Uno de los factores que más se ha relacionado con los problemas de ansiedad es la sobreprotección parental (especialmente por parte de la madre). Los padres sobreprotectores previenen al niño de las oportunidades necesarias para explorar su entorno y desarrollar habilidades de afrontamiento. El niño crece con la creencia de que no es capaz de desenvolverse autónomamente y tiene escasas evidencias de su propia autoeficacia. Por ejemplo, en una muestra de niños preescolares españoles se observó que los que

estaban expuestos a un estilo parental sobreprotector presentaban mayor nivel de ansiedad por separación (Orgilés et al., 2018). Igualmente, los individuos con agorafobia refieren haber crecido en ambientes con baja calidez y alta sobreprotección (American Psychiatric Association, 2013). En el caso del pánico, fumar y meses previos de estrés son factores de riesgo.

El estudio de los factores protectores de la ansiedad es limitado. Altas puntuaciones en asertividad, habilidades sociales, estabilidad emocional, alto autoconcepto, alta autoestima, la conducta cooperativa, presentar pocos síntomas de depresión y el optimismo se han relacionado con menor riesgo de ansiedad, y de psicopatología en general (Garaigordobil, 2006, 2015).

Referencias

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Association, A. P. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. American Psychological Association Washington, DC.
- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A. J., & Vitaro, F. (2005). Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 579-594.
- Brière, F. N., Janosz, M., Fallu, J.-S., & Morizot, J. (2015). Adolescent trajectories of depressive symptoms: codevelopment of behavioral and academic problems. *Journal of Adolescent Health*, 57(3), 313-319.
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., & Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328-334.
- Carrobbles, J. A. (2015). Trastornos depresivos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 340-368). Madrid: Pirámide.

- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 173.
- del Barrio, M. V. (2008). *Tratando... depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*(4), 395-402.
- Ezpeleta, L., Guillamón, N., Granero, R., de la Osa, N., Domènech, J. M., & Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Social Science & Medicine, 64*(4), 842-849.
- Fernández Castela, C., & Kröner-Herwig, B. (2013). Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(8), 1169-1182.
- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 9*(2), 182-192.
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology, 6*:1176
- García-Lopez, L. J., del Mar Díaz-Castela, M., Muela-Martinez, J. A., & Espinosa-Fernandez, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders, 28*(8), 812-822.
- García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2016). Depresión. En M. I. Comeche & M. Á. Vallejo (Eds.), *Manual de conducta en la infancia* (pp. 225-271). Madrid: Dykinson.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics, 206*, 256-267. e253. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 128.
- Jiménez, M. (1995). *Miedos, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia*. Málaga: Aljibe.
- Kashani, J., & Schmid, L. (1995). Epidemiología y etiología de los trastornos depresivos. In M. Shafi & S. L. Shafi (Eds.), *La depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento* (pp. 52-68). Barcelona: Martínez-Roca.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kostev, K., Teichgräber, F., Konrad, M., & Jacob, L. (2019). Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients. *Journal of Affective Disorders, 245*, 697-701.
- Lewinsohn, P. M., & Essau, C. A. (2002). Depression in adolescents. En I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 541-559). London: The Guilford Press.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Mezulis, A., Salk, R. H., Hyde, J. S., Priess-Groben, H. A., & Simonson, J. L. (2014). Affective, biological, and cognitive predictors of depressive symptom trajectories in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(4), 539-550.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas. *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(2), 70-83.
- Mohammadi, M. R., Alavi, S. S., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Kamali, K., Ahmadi, A., Hooshyari, Z., Jaberghaderi, N., Nazaribadie, M., & Farshidfar, Z. (2019). The prevalence, comorbidity and socio-demographic factors of depressive disorder among Iranian children and adolescents: To identify the main predictors of depression. *Journal of Affective Disorders, 247*, 1-10.
- Montorio, I., Izal, M., & Cabrera, I. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada. In V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 314-338). Madrid: Pirámide.
- Morales, A., Espada, J. P., Orgilés, M., & Méndez, F. X. (2016). Ansiedad social en la infancia y adolescencia. In M. I. Comeche & M. Á. Vallejo (Eds.), *Manual de conducta en la infancia* (pp. 189-209). Madrid: Dykinson.
- Moretti, M. M., & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 37*(1), 4-13.
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
- Orgilés, M. (2014). *Tratando... fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Orgilés, M., Espada, J. P., & Méndez, F. X. (2016). Trastornos de ansiedad infantil. In M. I. Comeche & M. Á. Vallejo (Eds.), *Manual de terapia de conducta* (pp. 147-188). Madrid: Dykinson.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(2), 115-120.
- Piqueras, J. A., Pineda, D., Martín-Vivar, M., & Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*(3), 183-196.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345-365.
- Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L.-J., & Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents*. London: Springer.
- Repetto, P. B., Caldwell, C. H., & Zimmerman, M. A. (2005). A longitudinal study of the relationship between depressive symptoms and cigarette use among African American adolescents. *Health Psychology, 24*(2), 209.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280.
- Sánchez-Hernández, Ó., & Méndez, F. X. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud, 20*(3), 273-280.
- Tyler, K. A., & Ray, C. M. (2019). A latent class analysis of lifetime victimization among homeless youth. *Journal of Interpersonal Violence, 0886260519834090*.
- World Federation for Mental Health (2018). *Young people and mental health in a changing world*. Recuperado de https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD_REPORT_19_9_2018_FINAL.pdf

Conducta suicida

José Pedro Espada¹, Xavier Méndez², Mireia Orgilés¹ y Alexandra Morales¹

¹Universidad Miguel Hernández. ²Universidad de Murcia

INDICE

32	<i>Características y definición de la conducta suicida</i>
33	<i>Epidemiología de la conducta suicida</i>
33	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
33	<i>Factores de riesgo y protección en la conducta suicida</i>
36	<i>Referencias</i>

Características y definición de la conducta suicida

La conducta suicida hace referencia a un continuo de comportamientos que incluyen aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, y conductuales, como el intento de suicidio y el suicidio consumado. El suicidio como tal se considera una actuación con un resultado letal, que es iniciada y realizada por la persona, que conoce y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea.

En la tipología de la conducta suicida se distinguen además otras manifestaciones. El suicidio frustrado es la acción realizada por el sujeto con intención autolítica en la que se dan circunstancias no previstas que impiden la culminación del suicidio. Las amenazas de suicidio son expresiones manifiestas, acompañadas o no de acciones de inicio del suicidio, que indican a los demás la intención de llevar a cabo el suicidio. Finalmente, las conductas autolesivas son lesiones autoinfligidas que producen daño corporal sin llegar a poner en riesgo la vida del sujeto. Son la tipología más frecuente

en población infanto-juvenil, sobre todo en la adolescencia.

Las conductas suicidas se clasifican de menor a mayor gravedad, desde la ideación, pasando por la amenaza e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado. Así, la ideación suicida supone una serie de cogniciones que realiza el sujeto que incluyen pensamientos sobre no querer vivir, fantasías auto-destructivas y/o planes para llegar a la muerte, además de otros pensamientos sobre el escaso valor de la vida, amenazas heterodirigidas o elaboración de planes para el suicidio. El intento de suicidio, o parasuicidio, es el acto realizado por el sujeto contra sí mismo, que no llega a provocar la muerte y que lo realiza en forma deliberada (Bella, Fernández & Willington, 2010; Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004). El suicidio consumado se define como el acto realizado por la persona de manera autoinfligida que provoca la muerte del sujeto. En este caso la delimitación puede no resultar sencilla, ya que es posible confundir un acto suicida con una conducta temeraria.

Como denominador común, en todos subyace el propósito de hacerse daño a uno mismo o provocarse la muerte.

Epidemiología de la conducta suicida

Se calcula que cada 40 segundos se suicida una persona, y cerca de 800.000 personas fallecen anualmente por esta causa, mientras que otras muchas cometen un intento de suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Por ello, las conductas suicidas constituyen un problema de primer orden en todos los países del mundo. Concretamente, el suicidio juvenil se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública muy significativo (Calear et al., 2016).

El suicidio causa el 8,5% de las muertes en jóvenes entre 15 y 29 años, siendo la segunda causa principal de muerte en este grupo de edad, tras los accidentes de tráfico (OMS, 2014, 2019).

En Europa, los datos más recientes indican que el número de suicidios por millón en población infantil varía de 0,6 en Grecia a 20,4 en Kirguistán (OMS, 2018).

En España, los datos disponibles más recientes indican que en el último año se habría suicidado un total de 268 adolescentes y jóvenes adultos (203 varones y 65 mujeres) entre los 15 y 29 años. Entre los niños con edades por debajo de los 15 años, se registraron siete suicidios (4 niños, tres niñas) (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2018).

En comparación con los países del entorno europeo, España tiene una de las tasas de suicidio más bajas, aun así, los datos son preocupantes (Navarro-Gómez, 2017).

Impacto del problema en las esferas personal y social

Por lo que se refiere al impacto de este problema, los intentos de suicidio resultan en una carga social y económica significativa para las personas, las familias y las sociedades, debido al uso de los servicios de salud para tratar la lesión, el impacto psicológico y social del comportamiento en el indi-

viduo y sus allegados y, ocasionalmente, la discapacidad a largo plazo debido a posibles lesiones (OMS, 2014). Los estudios realizados a este respecto, advierten de la significativa carga que conlleva el suicidio (Murray et al., 2012; van Spijker et al., 2011): a escala mundial supone el 1,4% de la carga de morbilidad en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) (en inglés, DALYs-Disability Adjusted Life Years), y se prevé que representará 2,4% en los países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque socialista (a saber, Alemania del Este, Unión Soviética, Checoslovaquia, Bulgaria, Albania, Hungría, Rumania y Polonia) (OMS, 2018).

Factores de riesgo y protección de la conducta suicida

La conducta suicida tiene un carácter multicausal y está sujeta a un conjunto de condiciones que pueden propiciar su aparición (Cabra, Infante, & Sossa, 2010). La combinación de factores de riesgo individuales y sociales juega un papel importante en la conducta suicida (OMS, 2018; Sellers et al., 2019). Entre los factores demográficos asociados a mayor riesgo de suicidio está la edad (18-40 años), ser hombre, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, bajo nivel educativo, pertenecer a un grupo minoritario (p. ej., hombres que tienen sexo con hombres), antecedentes penales, abuso sexual en la infancia y padres divorciados (Larraguibel et al., 2000; Mosquera, 2016; Navarro-Gómez, 2017; Stokes et al., 2015; Zapata et al., 2013).

Puede, por tanto, concluirse que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, siendo bastante inusual que se dé antes de los 15 años. Mientras que la prevalencia de ideación suicida es muy baja en la infancia, aumenta lentamente durante la adolescencia temprana y luego exponencialmente entre los 12 y los 17 años (Nock et al., 2013). A diferencia de los niños, los adolescentes están ex-

puestos a mayor número de estresores y tienen mayor capacidad para planear y consumar el suicidio. Las mujeres son más propensas a cometer tentativas de suicidio; sin embargo, los hombres tienen hasta tres veces más riesgo de consumar el acto; probablemente, porque estos últimos emplean métodos más violentos. En general, el ahorcamiento o sofocación (45%) y lanzarse al vacío (30%) son los métodos para suicidarse más empleados por los jóvenes entre 15 y 19 años (Navarro-Gómez, 2017). En el caso de los hombres, le sigue el uso de armas de fuego, el consumo de drogas, otras formas no específicas y la exposición a gases tóxicos; mientras que en las mujeres lo son el envenenamiento con sustancias o medicamento y el ahogamiento.

La incidencia de conductas suicidas es significativamente superior en niños y adolescentes en situación de desamparo, en riesgo de exclusión social y víctimas de abusos (Navarro-Gómez, 2017; Örengül et al., 2019; Stokes et al., 2015). El metaanálisis de Evans et al. (2017) estudia las diferencias en conductas suicidas entre niños y jóvenes en situación de desamparo y normativos. Los datos indican que los niños y jóvenes que están al cuidado por parte de los servicios de bienestar infantil (p. ej., centros de menores) tienen el doble de riesgo de presentar ideación suicida (24,7% vs. 11,4%) y el triple de riesgo de intentar suicidarse (3,6% vs. 0,8%) que los que no cumplían con esta condición. En esta línea, otra revisión de la literatura confirma que las tasas de ideación suicida y suicidio son superiores en jóvenes con problemas con la justicia (19-32%) respecto al grupo normativo (15,8%) (Stokes et al., 2015). Este mismo estudio encuentra que los intentos de suicidio en el pasado también son superiores en jóvenes con problemas con la justicia (12-15,5%), respecto a los que no los tienen (7,8%). Los niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso y/o huérfanos son especialmente vulnerables a la ideación suicida (Zapata et al., 2013).

Los ambientes familiares conflictivos, poco cálidos y con escasa comunicación pueden ser caldo de cultivo para la conducta suicida por diversos motivos: ofrecen escasas oportunidades para entrenar habilidades de resolución de problemas, proporcionan bajo apoyo social y emocional y favorecen los síntomas de ansiedad y la depresión (Larraguibel et al., 2000).

Algunos de los factores psicológicos asociados al suicidio son la depresión y otros problemas psicológicos (p. ej., ansiedad o conducta antisocial), consumo de sustancias, historial previo de hospitalización por problemas psiquiátricos, además de alta impulsividad, baja autoestima, desesperanza, pobre capacidad para resolver problemas, y los intentos de suicidio previo (American Psychiatric Association, 2013; Larraguibel et al., 2000; Mosquera, 2016; OMS, 2018). Se estima que el 15% de los individuos con depresión se suicidan. En adolescentes, el riesgo es mayor cuando los síntomas depresivos cursan con rasgos antisociales o cuando el diagnóstico es un trastorno bipolar (Mosquera, 2016). Según un estudio emprendido por Viñas et al. (2002), los estudiantes con ideación suicida presentan mayor sintomatología depresiva.

En esta misma línea, diferentes investigaciones indican que la ideación suicida varía con la edad, con porcentajes de hasta 16% en estudiantes de 6 a 12 años (Kovess-Masfety et al., 2015) y 13% en adolescentes de 15 a 17 años (Sánchez et al., 2002). El intento de suicidio también se ha relacionado con conductas de riesgo, no usar cinturón de seguridad, consumo de sustancia, conductas sexuales de riesgo, infecciones sexuales, absentismo escolar, violencia, etc. (para una revisión ver Larraguibel et al., 2000). Tener una historia previa de ideación suicida y los intentos de suicidio son considerados buenos predictores del acto consumado de suicidio. A este respecto, la OMS (2019) señala que el intento de suicidio no consumado es el factor individual de

riesgo más importante entre la población general. Esto también se da en población infanto-juvenil. Otros estudios identifican como el predictor más importante de la conducta suicida infantil o adolescente la ocurrencia de un intento de suicidio previo (Bella, Fernández & Willington, 2010).

Otros factores de riesgo para el suicidio son los eventos vitales adversos (especialmente durante la infancia) y la exposición a noticias sobre el suicidio en los medios de comunicación, ser víctima de acoso escolar, acoso en la red y por *sexting*, o presentar dificultades para establecer relaciones sociales durante la adolescencia (p. ej., acosar a compañeros, tener problemas para hacer nuevas amistades o disputas con figuras de autoridad) (OMS, 2018).

Como se puede observar, particularmente en jóvenes, los factores individuales resultan muy diversos. Con muestras de adolescentes españoles se han encontrado evidencias que relacionan el suicidio con la ocurrencia previa de otras conductas suicidas, tanto en forma de ideación como de intentos de suicidio (Castellví et al., 2017a). También la exposición a eventos traumáticos estresantes, como ser víctima de abuso, y antecedentes previos de trastornos emocionales, de conducta o abuso de sustancias (Castellví et al., 2017b; Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Gili et al., 2019; Mars et al., 2014; Roberts, Roberts, & Xing, 2010) y también la presencia de sintomatología internalizante y externalizante (Soto-Sanz et al., 2019; Voltas, Hernández-Martínez, Arija, & Canals, 2019).

Estudios de revisión identifican algunos factores protectores del suicidio en la infancia y adolescencia (Larraguibel et al., 2000; Mosquera, 2016). Entre estos se encuentra presentar un autoconcepto positivo, autocontrol emocional, apoyo social y recursos sociales, comunitarios, sanitarios y educativos, además de habilidades de resolución de problemas, autorregulación y flexibilidad cognitiva.

Varios estudios con adolescentes españoles han encontrado que el acoso escolar es uno de los principales predictores de las autolesiones y de lesiones no suicidas en adolescentes y jóvenes (v.g., Sánchez-Teruel, Robles-Bello & Camacho-Conde, 2020), en la misma línea de lo que ocurre en el contexto internacional (Hertz, Donato, & Wright, 2013; Holt et al., 2015).

También se ha asociado la ideación suicida en adolescentes españoles a un pobre bienestar (percibido) y a un nivel elevado de problemas emocionales y conductuales (Fonseca et al., 2018).

Lo anterior no implica, sin embargo, que el suicidio vaya siempre asociado a padecer un trastorno mental. De hecho, los modelos teóricos actuales consideran que las causas del suicidio derivan de una compleja interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos, clínicos, medioambientales y socioculturales, que son experimentados por una persona determinada en función de su historia vital y de sus circunstancias particulares (García-Haro, García-Pascual, González-González, 2018).

Los factores de protección ante el suicidio infanto-juvenil incluyen contar con apoyo social percibido y formar parte de una estructura grupal y familiar (Mosquera, 2016). En población juvenil se observa que entre los principales factores protectores se encuentra la presencia de una red de apoyo, y que recibir ayuda por parte del grupo de iguales es un elemento influyente en la intención suicida (Rangel, Suárez & Escobar, 2015). El papel de las creencias religiosas como factor protector no es concluyente, existiendo datos en distintos sentidos. Estudios de más amplio espectro que incorporan la atención a factores como el apego a los iguales o el ajuste emocional relacionan estas variables con mayores niveles de satisfacción vital en la adolescencia (Oliva, Morago, Parra, & Sánchez-Quija, 2008). Otros factores han sido también

identificados, entre los que destacan las habilidades para solicitar ayuda inmediata, y de forma más amplia los estilos atribucionales positivos. Para una revisión completa sobre factores de protección del suicidio, puede consultarse la revisión de estudios de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) y que se sintetizan en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1

Variables protectoras del suicidio en adolescentes y jóvenes
(A partir de la revisión de Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Cognitivos	Autoconcepto positivo Capacidad de autorregulación Flexibilidad cognitiva Estilo atribucional positivo Razones para vivir
Afectivos	Autocontrol emocional Esperanza Autoestima Gratitud Perseverancia hacia objetivos pese a la adversidad
Conductuales	Control de impulsos Habilidades para solicitar ayuda y apoyo Capacidad de expresividad emocional. Habilidad para el manejo de conflictos
Personalidad	Sentido del humor Empatía Búsqueda de sentido en la vida

Referencias

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bella, M. E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 24-29.
- Buendía, J., Riquelme, A. & Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia. EDITUM.
- Cabra, O., Infante, D., & Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2), 28-35.
- Calea, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J. B., Van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2017a). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37- 48.
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... Alonso, J. (2017b). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195-211
- Díez-Gómez, A., Sebastián, C., Pérez-Albéniz, A. y Fonseca, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA- Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Child and Youth Services Review*, 82, 122-129.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio-Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, ... & Pérez de Albéniz-Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 38, 381-400.
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., De La Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., ... Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a metaanalysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162.
- Hertz, M. F., Donato, I., & Wright, J. (2013). Bullying and suicide: A public health approach. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S1-S3.
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2), e496-e509.
- Instituto Nacional de Estadística-INE. (2018). Estadísticas de defunciones según causa de muerte. Recuperado de: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6181&capsel=6182>
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D. J., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro, M. F., Bitfoi, A., Koç, C., Lesinskiene, S., & Mihova, Z. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders*, 177, 28-35.

- Larraguibel, Q., González, M., Martínez, N., & Valenzuela, G. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., ... Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 168, 407-414.
- Moral-Jiménez, M. V., Quintana-Rey, S. (2018). Ideaciones suicidas en adolescentes, relaciones paternofiliales y apego a los iguales. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 18, 163-177.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., & Abdalla, S. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310.
- Oliva, Al, Morago, J., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 53-62.
- Örengül, A. C., Ucuz, İ., Oner Battaloglu, N., Ozek, G., & Gormez, V. (2019). Prevalence of psychiatric disorders and suicidality among children and adolescents with thalassemia major—A Turkish sample. *Children's Health Care*, 48(1), 120-129.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Situation of child and adolescent health in Europe* (9289053488).
- Rangel, C. X., Suárez, M. F. y Escobar, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista Facultad de Medicina*, 63, 707-716.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 66-78.
- Roberts, C. M., Kane, R. T., Rooney, R. M., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., ... Silburn, S. R. (2018). Efficacy of the Aussie Optimism Program: Promoting Pro-social Behavior and Preventing Suicidality in Primary School Students. A Randomised-Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1392. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01392
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomedical Journal*, 22, 407-416.
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. y Camacho-Conde, J. A. (2020). Self-inflicted injuries in adolescents and young adults: A longitudinal approach. *Psicothema*, 32(3), 322-328
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Sellers, C. M., McRoy, R. G., & O'Brien, K. H. M. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination. *Addictive Behaviors*, 93, 39-45.
- Soto, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J. & Piqueras, J. A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 62-75
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: a review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 222-242.
- van Spijker, B. A., van Straten, A., Kerkhof, A. J., Hoeymans, N., & Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 341-347.
- Viñas, F., Canals, J., Gras, M. E., Ros, C., & Domènech-Llaberia, E. (2002). Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 20-28.
- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arijia, V., Canals, J. (2019). Suicidality in a Community Sample of Early Adolescents: A Three-Phase Follow-Up Study. *Archives of Suicide Research*, 24, sup2, S217-S235.
- Zapata, L. B., Kissin, D. M., Bogoliubova, O., Yorick, R. V., Kraft, J. M., Jamieson, D. J., Marchbanks, P. A., & Hillis, S. D. (2013). Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk. *Child Abuse & Neglect*, 37(5), 310-319.

Conductas adictivas en la infancia y adolescencia

José Ramón Fernández Hermida¹, Víctor Martínez Loredo² y Alba González de la Roz³

¹Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. ²Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de Zaragoza. ³Facultad de Psicología/IUNICS. Universitat de les Illes Balears

INDICE	38 Caracterización y definición de las conductas adictivas
	40 Epidemiología de las conductas adictivas más frecuentes
	45 Impacto personal y social de las adicciones
	48 Factores de riesgo y protección de las adicciones
	51 Referencias

Caracterización y definición de las conductas adictivas

Resulta imposible abordar el problema de las adicciones en el ámbito infanto-juvenil sin hacer mención a la idea de adicción. La razón fundamental es que no es un concepto unívoco y perfectamente acotado por la literatura, sino que arrastra una fuerte ambigüedad, o si se quiere, una fuerte dependencia del contexto y valoración social. Prueba de ello es que los sistemas diagnósticos, tanto el DSM-5 como la CIE-11 hablan de conductas adictivas, pero no definen lo que es una adicción e incluso, en algún caso, como en el DSM-5, lo rehúyen abiertamente. Textualmente se dice que el término adicción “se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM 5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 257). De esta forma, señalan los trastornos adictivos sin aclarar cuál es la naturaleza de la adicción, que queda implícita o sobreentendida, y que se supone común a todos esos trastornos.

Hasta hace algunos años, la perspectiva psicopatológica circunscribía los trastornos o problemas adictivos a patrones de comportamiento que implicaban abuso o dependencia de sustancias. Aún

hoy, los sistemas nosológicos más importantes (CIE-11 o DSM-5) siguen manteniendo que la mayoría de los trastornos adictivos están asociados al consumo de distintas clases de sustancias, cuya relación puede verse en la Tabla 3.1. Sin embargo, esos mismos sistemas empiezan a dar entrada, en el ámbito de las adicciones, a comportamientos ligados a “objetos” diferentes, tales como el juego de azar y los videojuegos.

Tabla 3.1

Tipos de sustancias en la CIE 11 y el DSM-5 que producen diferentes categorías de Trastornos adictivos por uso de sustancias

CIE-11	DSM-5
Alcohol	Alcohol
Cannabis	Cannabis
Cannabinoides sintéticos	
Opioides	Opiáceos
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
Cocaína	
Estimulantes (p.ej.: anfetamina)	Estimulantes (p.ej.: anfetamina, cocaína)
Catinonas sintéticas	
Cafeína	Cafeína
Alucinógenos	Alucinógenos
Nicotina	Tabaco
Inhalantes volátiles	Inhalantes volátiles
MDMA o relacionadas	
Ketamina, fenciclidina y otras drogas disociativas	
Otras sustancias especificadas, no especificadas o medicamentos	Otras sustancias o sustancias desconocidas

Las conductas adictivas, estén o no reconocidas en las actuales nosologías, se caracterizan por presentar una serie de cualidades (dependencia excesiva de algún objeto, pérdida de la capacidad de control, capacidad para hacer daño), sobre las que, aún hoy, no existe tampoco un acuerdo completo ni una definición operacional (Heilig et al., 2021), aunque se les supone una base común, que puede ser de carácter fenomenológico o etiológico.

A una base etiológica apunta el DSM-5 cuando defiende que el punto de unión entre las distintas conductas adictivas parece encontrarse en los mecanismos cerebrales implicados y se dice que los trastornos “adictivos” vinculados al uso de sustancias “...no son radicalmente distintos entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación del sistema de recompensa del cerebro... . Además de los trastornos relacionados con sustancias, en este capítulo (de los trastornos adictivos) también se incluye el juego patológico, que refleja la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas...” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.253). Hay discusión sobre la consistencia de este razonamiento. Ese substrato cerebral puede verse como un mero correlato del funcionamiento cerebral normal asociado al aprendizaje de un comportamiento apetitivo o como un patrón de funcionamiento patológico que explica la conducta adictiva. La idea apuntada en el DSM-5 parece ir en el último sentido, sin que se garantice que los patrones cerebrales encontrados en los circuitos de recompensa y en otras áreas de control cerebral sean patológicos o exclusivos de las adicciones (Lewis, 2015).

Esta visión reduccionista de la adicción que, de forma no completamente explícita, asocia la idea de adicción a la noción de enfermedad cerebral (Heilig et al., 2021), tiene numerosas críticas (Fernández-Hermida, 2018) y contiene con una pers-

pectiva más compleja, de carácter fenomenológico y no etiológico, como la que propone Griffiths (Griffiths, 2005b; Griffiths, 2019). Para este autor, las adicciones se caracterizan por la presencia de unos componentes que apresan las características básicas o centrales de la adicción, como son la relevancia del estímulo adictivo (*salience*), la modificación del humor asociada a su uso, y los fenómenos de tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída.

No es éste el lugar para entrar en el detalle de la discusión sobre las implicaciones y razones de cada posición, sea esencialista o fenomenológica, baste decir que, siguiendo la perspectiva de Griffiths, nos encontraremos con una panoplia de adicciones muy superior en número a la que se acepta en las clasificaciones psicopatológicas, junto con una explicación etiológica más compleja, derivada de su encuadre biopsicosocial (Griffiths, 2005a). De hecho, no es extraño encontrarse en la literatura científica referencias a conductas adictivas cuyo objeto de apetito es el sexo (Hertzprung & Amadala, 2021), el ejercicio (Lichtenstein & Hinze, 2020), la comida (Naish et al., 2018), las compras (Davenport et al., 2012; Kyrios et al., 2018), el trabajo (Griffiths et al., 2018), el amor (Earp et al., 2017), e incluso algunos como el acto de broncearse (Andreassen et al., 2018) o el tarot (Tomás-Benlloch, 2019) y, aún más, como las adicciones a las redes sociales, a Internet, al móvil y otras, muchas veces no muy bien definidas. Gran parte de estas nuevas adicciones son de especial importancia en la población juvenil.

En este sentido, más abierto, se encuadra la definición formulada por West (2013) que señala que la adicción es una persistente y poderosa motivación para implicarse en una conducta propositiva que no tiene valor de supervivencia, adquirida una vez que se ha llevado a cabo en algún momento y que presenta un potencial significativo para hacer daño no intencionado. West se aleja un poco más de las de-

finiciones de la adicción que tienen en cuenta ciertos mecanismos asociados a las sustancias (tolerancia, abstinencia o conflicto) para resaltar casi únicamente cuatro aspectos. En primer lugar, una poderosa motivación que hace que las personas hagan algo a pesar de los graves problemas que pueda acarrearle su conducta. En segundo lugar, la idea de comportamiento propositivo para alcanzar una meta que no tiene valor de supervivencia, que aleja a la conducta adictiva de los comportamientos automáticos y que se asemeja más a la realidad, en la que podemos ver como las personas que se implican en conductas adictivas modifican sustancialmente su comportamiento, en función del contexto, para alcanzar sus objetivos (Hogarth, 2020). En tercer lugar, la relación existente entre el inicio de la adicción y la necesidad de iniciar la secuencia de aprendizaje que establezca el patrón de comportamiento. Y, por último, en cuarto lugar, el carácter pernicioso o dañino del comportamiento adictivo a corto, medio o largo plazo.

Esta perspectiva más centrada en los elementos fenomenológicos comunes de la adicción es más favorable a la visión transdiagnóstica que trata de elucidar los mecanismos que explican la elevada probabilidad de concurrencia de dos o más conductas adictivas o problemas psicopatológicos en una misma persona. La mal llamada comorbilidad, que más propiamente podría denominarse problemática psicológica complicada (Fernández-Hermida, 2019), indica que hay mecanismos o procesos comunes a las adicciones con o sin sustancia que explican los aspectos señalados por West (2013). Entre estos procesos estarían el incremento motivacional hacia el objeto adictivo y el déficit motivacional fuera de ese objetivo, una mayor impulsividad o urgencia, déficits de autocontrol, compulsividad, expectativas y motivos de consumo desadaptativos, y déficits en apoyo social (Kim & Hodgins, 2021).

Como se verá, en población joven no es probable que nos encontremos con cuadros de adicción muy graves, que sólo se configuran con el paso del tiempo. El comportamiento adictivo con significación clínica es el resultado de un proceso a lo largo del tiempo, que resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, es en la adolescencia - juventud cuando se empieza a experimentar con objetos potencialmente adictivos, y a presentar comportamientos peligrosos o dañinos que requieren intervención y que pueden producir de manera clara un daño a la persona o a su entorno.

A pesar de que en esta ocasión se centrará la exposición en los comportamientos adictivos cuyos objetos encuentran cabida en las clasificaciones psicopatológicas más conocidas, esta elección no viene determinada porque la perspectiva que se adopte sea la de la visión reduccionista, sino por la necesidad de conciliar el espacio del que disponemos con el conocimiento que se tiene de las distintas conductas adictivas. Además, un buen número de las que podrían denominarse como nuevas adicciones, son propuestas aún con poca información epidemiológica y, en algún caso, reducido consenso.

De esta forma, se tratarán solo las conductas vinculadas con diversas sustancias legales e ilegales, el juego patológico, y más brevemente el *gaming*, tal y como es visto en el “Trastorno por uso de videojuegos” (*Gaming Disorder*), sin por ello entrar a valorar si merecen la etiqueta de adicción las muchas variantes actuales de las conductas adictivas o restarles importancia.

Epidemiología de las conductas adictivas más frecuentes

Hay abundancia de información sobre los patrones de consumo de sustancias en población joven, proveniente tanto de estudios nacionales como in-

ternacionales. En menor grado, también hay información sobre la prevalencia en población joven de ciertos comportamientos adictivos, como son el uso de internet, móviles, o el juego con o sin apuestas. Existen, sin embargo, bastantes menos publicaciones que aborden la frecuencia con la que se producen estos comportamientos en su forma más grave, cuando implican un mayor deterioro personal y social, y requieren, solicitado o no, intervención o tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la gran mayoría de los jóvenes que usan sustancias no terminan generando un comportamiento adictivo y que gran parte de la información epidemiológica sobre los comportamientos adictivos es de carácter autoinformado, a través de encuestas que se aplican a sujetos escolarizados, que no permiten una valoración individualizada de la gravedad del problema. El uso de escalas de gravedad del consumo, como es el caso de la CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), ayuda, pero no resuelve completamente el problema. Las cifras de prevalencia, sean prevalencia vida, anual o del último mes, que aportan estas encuestas, no permiten deducir el efecto del con-

sumo en la vida del adolescente o del joven. Aunque dos jóvenes caigan dentro de la misma categoría de prevalencia, los patrones de consumo pueden ser muy diferentes, pudiendo encuadrarse en consumos de tipo experimental, “normativo”, o de riesgo, con una evolución y efectos diferentes unos de otros.

En España existe desde 1994 información proveniente de la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), que realiza el Plan Nacional sobre Drogas. Los resultados pueden consultarse en la página web del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (Informes y Estadísticas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), 2021). En dicha encuesta, que abarca todo el territorio nacional, se recoge información fundamentalmente relacionada con el uso de sustancias en población escolarizada con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, que es el período en el que mayoritariamente comienza el consumo de sustancias legales e ilegales (Ver Tabla 3.2). Desde 2014 también se han venido introduciendo preguntas para evaluar el uso de internet, el juego con apuestas monetarias y el uso de videojuegos.

En el Gráfico 3.1 puede verse la evolución de las prevalencias de consumo en el último mes (recuerdo de consumo más reciente) de las principales sustancias desde 1994, en la población de 14 a 18

Tabla 3.2

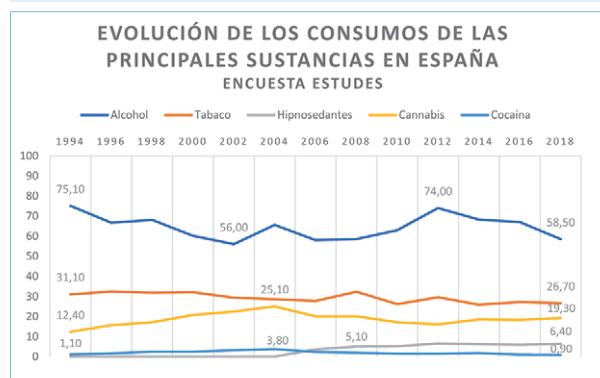
Edad de inicio en el consumo de sustancias

Sustancia	España ⁽¹⁾	ESPAD ⁽²⁾ (Porcentaje promedio de uso por debajo de los 14 años)
Alcohol	14	33%
Tabaco	14,1	18%
Cannabis	15	2,4%
Hipnosedantes	14,2	ND
Cocaína	15,3	0,4%

Fuentes:⁽¹⁾ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf⁽²⁾ ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf. En la encuesta de 2019 participaron un total de 35 países europeos, aunque en algunos casos sólo algunas de sus regiones.

Gráfico 3.1

Evolución del consumo de las principales sustancias en España



años escolarizada en España según la encuesta ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020b). Si hubiera que resumir en una sola palabra la impresión que se obtiene del gráfico, la más obvia parece “estabilidad”. Las líneas de evolución de las prevalencias son relativamente planas, con una oscilación algo más acusada en el caso del alcohol.

Como puede observarse, el número de jóvenes que consumen sustancias legales e ilegales es muy notable, en términos generales. De entre las prevalencias medidas, se va a utilizar aquí la prevalencia mes, que valora un consumo más reciente y por tanto puede dar una imagen más real del consumo efectivo en el momento en que se aplica la encuesta.

La prevalencia de uso de sustancias legales es mayor del 50% en el caso del alcohol y la referida al tabaco está por encima del 20%. Además, en lo que atañe al alcohol, en 2018, un 24,3% reconoce haberse emborrachado y un 32,3% haber bebido, de forma intensa, en los últimos 30 días. Estas cifras son relativamente similares desde hace 4 años y ligeramente inferiores a las obtenidas en 2008 y 2010.

Aunque no figura en el gráfico por haberse introducido la medida por primera vez en 2014, el uso experimental de cigarrillos electrónicos entre los jóvenes parece seguir una tendencia incremental, pasando la prevalencia del 17% en la edición del 2014 al 48,4% en 2018. La prevalencia de uso en el último mes ha sido recogida en la última edición de la encuesta (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020b), donde se informa de una prevalencia del 14,9%. Si se suma esa prevalencia a la del tabaco, la evolución no parece especialmente alentadora. Sin embargo, esa operación de suma no es correcta, ya que hay con-

sumo simultáneo de cigarrillos, cannabis y tabaco, lo que, por otra parte, es motivo de preocupación especial.

En el caso de las drogas ilegales, el cannabis sigue siendo la droga más popular. El uso de esta sustancia se está acercando al consumo de tabaco. La encuesta también aporta información sobre el porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis, según la escala CAST, que, en 2018, fue del 3,4%, una cifra respetable que se encuentra en el punto intermedio de los porcentajes obtenidos desde 2006, año en el que se comenzó a medir esta variable, y algo por debajo del promedio europeo según la ESPAD, del 4% (ESPAD Group, 2020).

El uso de hipnosedantes, sean obtenidos o no con receta, también es muy significativo, alcanzando una prevalencia del último mes del 6,4%, mientras que apenas se modifica el consumo de cocaína en los últimos 25 años, situándose en el entorno del 1%.

Si se comparan las prevalencias mes de las drogas más utilizadas con la información proveniente del entorno europeo puede apreciarse que los consumos en España son especialmente elevados (Tabla 3.3).

Toda esta información, sin embargo, no nos dice mucho del impacto que esos consumos tienen en los jóvenes. Como ya se ha mencionado previamente, en algunos casos, se han introducido escalas para valorar la gravedad de la conducta adictiva. En el caso del cannabis resulta llamativo que una mayor prevalencia mes de consumo no ha llevado, en comparación con la media europea, a una mayor prevalencia de consumo de riesgo, como se ha podido comprobar previamente. De

Tabla 3.3

Comparación de las prevalencias mes de las principales sustancias consumidas en España con el promedio europeo

Sustancia	ESTUDES 2018	ESPAD 2019
Tabaco	26,7	20
Alcohol	58,5	47
Cannabis	19,3	7,1

todas formas, una cifra en el entorno del 4%, o del 3,4% en España, es extraordinariamente elevada. En términos absolutos puede suponer que existan, en la actualidad, 78.200 jóvenes de entre 14 y 18 años que sean consumidores de riesgo de cannabis.

Otra fuente de información que podría servir para estimar la gravedad del problema de consumo son las peticiones de tratamiento. Lamentablemente esa información es escasa, y además su utilidad es limitada para conocer el número de casos en población de 14 a 18 años, que presenta problemas adictivos graves como consecuencia del uso de una o varias sustancias. La razón de esta limitación es que la mayoría de las personas con consumo de sustancias comienza a probarlas en el intervalo de 14 a 18 años, pero las solicitudes de tratamiento surgen normalmente bastante tiempo después del inicio. De hecho, la edad en la que se solicita tratamiento por consumo de cannabis ronda los 25 años y para la cocaína, 34, de acuerdo con lo recogido en el último informe del Observatorio Europeo, que promedia los datos de las distintas encuestas nacionales en diversos países de Europa (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). Mucho antes de que se planteen estas solicitudes, los consumidores ya han empezado a experimentar las consecuencias derivadas de su consumo.

En España, la utilidad de este tipo de información sobre demanda de tratamiento, tiene limitaciones para estimar la población con problemas adictivos por uso de sustancias, ya que recoge información de algunas fuentes sanitarias, pero deja fuera otras, y además no computa a aquellos, que, padeciendo ya las consecuencias negativas, no solicitan ayuda por múltiples razones (estigmatización, carencia de recursos adecuados, falta de asesoramiento, etc.).

No obstante, el indicador nos informa sobre qué droga es la que más problemas plantea a los con-

sumidores por debajo de los 18 años. De acuerdo con el último informe del Plan Nacional sobre Drogas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020a), el número de admitidos a tratamiento por uso de drogas no legales en menores de 18 años, en el año 2018, fue de 3.097, lo que supone un 0,13% de la población de 14 a 18 años, y un 6,45% del total de las peticiones de tratamiento. De esos 3.097 casos, un 96,8% tuvo como droga principal el cannabis. Como era previsible, su número total es bajo, teniendo en cuenta el enorme número de consumidores de las distintas sustancias, pero están muy concentrados en torno al cannabis.

En un estudio llevado a cabo en Dinamarca (Dalsgaard et al., 2020), en el que se ha seguido una cohorte de más de un millón de jóvenes nacidos entre 1995 y 2006 para determinar la incidencia de los trastornos mentales, se encontró que un 15,01% fueron diagnosticados en algún momento de un trastorno mental antes de los 18 años. Los trastornos por uso de sustancias alcanzaron al 1,8%. Es probable que esta tasa se encuentre más cerca de la realidad que la del 0,13% señalada anteriormente.

Como sucede en el caso de las drogas, la gran mayoría de los jóvenes que hacen apuestas monetarias no acaban teniendo un problema adictivo o generando conductas problema relacionadas con el juego. Las quinielas y las loterías están enormemente extendidas en toda la población, incluida la población joven, y su uso está, en gran parte, regido por ciertas pautas sociales (p.ej.: la lotería de navidad). Jugar en esas condiciones normativas y en juegos con poco potencial adictivo carece de la relevancia psicopatológica que tienen otras formas de juego.

Algunos informes epidemiológicos apuntan a que el juego problema es más alto que en la población

adulta. En estudios internacionales, se estima que las prevalencias pueden llegar a ser sensiblemente más altas en jóvenes que en adultos (Burge et al., 2006; Calado et al., 2017; Petit et al., 2015).

Una revisión internacional de interés es la llevada a cabo por Calado et al. (2017), que hizo un seguimiento de 44 trabajos publicados desde el año 2000 sobre las prevalencias de juego en adolescentes. Dichos trabajos reunían una serie de características como su ámbito nacional o regional, un tamaño muestral mayor de 500 participantes, usaban un instrumento estandarizado para el evaluar el juego problema y no se circunscribían a una sola forma de juego específica. Los estudios captaban las muestras en diversas partes del mundo, Norteamérica, Sudamérica, Europa, Asia y Oceanía, habiendo mayoría de estudios europeos. Los resultados muestran una gran disparidad de cifras, oscilando las prevalencias entre 0,2 y el 12,3%, debido a diversas razones metodológicas.

Los últimos datos nacionales suministrados por la encuesta ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020b), indican que un 25,5% de los jóvenes de 14 a 18 años ha jugado dinero en los últimos doce meses. Esta es una cifra algo superior a la que se encuentra en la media europea, 22% (ESPAD Group, 2020). La prevalencia de juego con apuestas se incrementa de acuerdo con la edad, siendo del 8% a los 14 años, y del 14,6% a los 18, en el caso del juego online, y de 8,6% y del 26,8%, respectivamente, en el juego presencial. Utilizando el cuestionario Lie/Bet, la encuesta ESTUDES detecta que el 4,7% de la población de 14 a 18 años presentaría “juego problemático”, una cifra muy similar al promedio europeo según la encuesta ESPAD, que utiliza el mismo instrumento (ESPAD Group, 2020). Esta prevalencia de juego problemático sube con la edad de 2,4% a los 14 años a 9,3% a los 18, habiendo una importante

diferencia por sexo (7,6% en hombres, 2,0% en mujeres). La cifra del 4,7% es bastante superior a la obtenida en un trabajo realizado en Asturias en 2016 (Grupo de Investigación en Conductas Adictivas, 2016), que señalaba que un 1,2% de la población de 14 a 17 años puede considerarse jugador problema, mientras que un 4,2% es jugador en riesgo. Las diferencias metodológicas (instrumentales y de rango de edad) pueden influir en las diferencias.

El uso de videojuegos está muy extendido en la población joven de 14 a 18 años. Los datos proporcionados por la última encuesta ESTUDES indican que las prevalencias año son altas, un 82,2% ha hecho uso de videojuegos, un 47,9% ha sido usuario de eSports y un 34,7% espectador. La frecuencia de juego es alta en un porcentaje considerable de la población juvenil. Un 18,1% juega diariamente, y un 28,6% dos o más horas diarias.

La diferencia existente entre el “*game*” (juego sin apuesta monetaria) frente al “*gambling*” (juego con apuesta monetaria) cada vez está más desdibujada, dando lugar al fenómeno de “gamblificación” de los videojuegos. Las bien conocidas cajas de botín (*loot boxes*) o las microtransacciones ya son habituales en los videojuegos o juegos gratuitos online. El componente de aleatoriedad en los anteriores, similar a la mecánica de las máquinas tragaperras, ha puesto en alerta a la sociedad y la comunidad científica en particular. En este sentido, empieza a aceptarse que hay relación entre el juego de apuestas y la adquisición de estos productos (Zendle & Cairns, 2018). De acuerdo con la última encuesta ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020b), 7 de cada 10 jóvenes que han jugado a un videojuego lo ha hecho sin ningún gasto de dinero asociado, lo que quiere decir que aproximadamente un 30% sí ha usado dinero, aunque las cantidades

puestas en juego son pequeñas, ya que algo más de un 90,8% se han gastado en el último año 50 euros o menos.

En esta misma encuesta y utilizando criterios DSM-5, un 6,1% presenta un potencial trastorno por uso de videojuegos, siendo casi el doble si atendemos sólo a aquellos que han jugado en el último año. Los jóvenes con un posible trastorno es más probable que se jueguen dinero y que presenten juego problemático (*gaming disorder*). No parece, sin embargo, que informen de forma significativa, más frecuencia de borracheras, *binge drinking* o de consumo de tabaco. La cifra de prevalencia de un 6,1% es notablemente mayor que la que se ha encontrado en otros estudios realizados en Alemania o Noruega, pero inferior a la encontrada en Estados Unidos o Hungría (Rehbein et al., 2016). La comparación sin embargo es difícil debido a diferencias metodológicas notables.

Las prevalencias relacionadas con los videojuegos, lo mismo que sucede en el juego con apuestas monetarias, tienen un fuerte componente de género. El número de chicos que juega, utiliza dinero o es susceptible de presentar un trastorno es muy superior al de mujeres.

Por último, haremos una breve mención al uso compulsivo de Internet, medida en ESTUDES por la escala CIUS (*The Compulsive Internet Use Scale*), nos encontramos con que, en 2018, un 20% de los jóvenes de 14 a 18 años, presenta un riesgo elevado de hacer un uso compulsivo de Internet. Ese uso compulsivo aparece asociado a una mayor probabilidad de problemas con el alcohol (borracheras y *binge drinking*) y uso de cannabis, aunque las diferencias son pequeñas.

En este apartado, la prevalencia es mayor en el sexo femenino, con un 23,4% en las mujeres y un 16,4% en los hombres, pero no parece haber diferencias muy importantes por edad, que oscilan de 18,2% a los 14 años hasta el 22,3% a las 18.

Impacto personal y social de las adicciones

Con independencia del impacto particular que cada tipo de hábito adictivo tenga sobre el individuo, existen repercusiones personales y sociales derivadas del patrón general de comportamiento asociado a las adicciones. Como se ha mencionado previamente, de acuerdo con West (2013), la adicción se define como una intensa motivación para realizar un comportamiento que tiene como efecto no buscado el daño, que puede afectar a la misma persona adicta, a su relación con el entorno, y al mismo entorno familiar y social. Aquí cabe resaltar que la intensa motivación para realizar un comportamiento supone necesariamente una focalización en los objetivos, priorizando el objeto adictivo deseado frente a otros, a través de reservar un importante uso de recursos personales (emocionales, económicos, interpersonales) dirigidos a ese fin. En general, la persona que desarrolla un hábito adictivo expulsa de sus intereses otros objetivos a más largo plazo, más beneficiosos, y se centra en el hábito adictivo, que no tiene interés para la supervivencia, y que suele conllevar efectos perniciosos a corto, medio y largo plazo.

De todas formas, es difícil, en términos generales, saber en qué medida el uso o consumo de “objetos adictivos”, sean sustancias o actividades, genera “personas adictas” con problemas reseñables, clínicamente significativos, asociados a la conducta adictiva antes de los 18 años. Sin embargo, sí podemos tener información sobre cuál es la relación entre la realización de conductas adictivas y ciertos efectos indeseables, tanto en el ámbito personal y social de los afectados. También conocemos que hay conexión entre el comienzo del consumo temprano, entre los 14 y 18 años, y la presentación de problemas de adicción en etapas posteriores, más allá de los 25 años, que llevan a los afectados a solicitar ayuda terapéutica, una vez que el hábito

adictivo se ha desarrollado durante años. En consecuencia, los efectos que se van a describir en este apartado no sólo pueden observarse durante el curso del desarrollo de la adicción, sino que se verán, en muchos casos, con más intensidad al final del camino, cuando se hayan desarrollado todas las características que conforman el “trastorno adictivo”.

En el caso de la adicción a sustancias, se ha estudiado su impacto en la vida de las personas a través de la metodología que estima los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) producidos como consecuencia de presentar trastornos por uso de alcohol o drogas. Los DALYs pueden considerarse como los años de vida perdidos como consecuencia de haber padecido un trastorno, discapacidad o muerte prematura. El uso de sustancias, junto con los trastornos de ansiedad y depresión, son los que más afectan a este indicador en el conjunto de los trastornos mentales que, a su vez, son responsables del 7% de la carga global por enfermedad en la población mundial (Rehm & Shield, 2019).

Se han publicado, en años recientes, “rankings” en los que se categorizan y se comparan los distintos tipos de daño producidos por el consumo de sustancias, de acuerdo con la opinión de los expertos. Un trabajo pionero ha sido el desarrollado por Nutt et al. (2010) en el Reino Unido, que luego ha sido extendido a la Unión Europea (van Amsterdam et al., 2015). De acuerdo con la perspectiva adoptada en estos trabajos el impacto producido por el uso de sustancias puede dividirse en dos grandes apartados, daños producidos a los usuarios y daños producidos a otros (no usuarios). Estos grandes apartados se subdividen luego en diversos epígrafes. Los daños producidos a los usuarios se descomponen en daños físicos, psicológicos y sociales. Los daños a los otros también se reparten en dos amplias categorías, daños físicos y psicológicos, por un lado, y daños sociales, por el otro.

Vamos a detallar brevemente a qué se refiere cada uno de esos apartados.

Los daños físicos producidos al consumidor / usuario pueden llevar a la muerte o al daño (lesión o enfermedad), y pueden estar directa o indirectamente relacionados con su uso. La letalidad intrínseca directamente vinculada con el consumo de las sustancias es pequeña en el caso de los jóvenes por debajo de los 18 años. La razón puede ser que el consumo es, en su mayor parte, experimental, y que las drogas más usadas (alcohol, tabaco y cannabis) no se concentran en las sustancias más letales, por un uso inadecuado o por sobredosis. Este tipo de mortalidad está más frecuentemente asociada al policonsumo, en el que los opiáceos juegan un papel importante (Pereiro et al., 2003). La mortalidad a medio o largo plazo (relacionada con un uso continuado), como sucede con los accidentes de tráfico ocasionados por las drogas o el incremento en la posibilidad de que aparezcan enfermedades como el cáncer de pulmón, el VIH o el suicidio, puede ser notablemente mayor. El resultado de daño físico, tanto específico como indirecto, resulta más común. Entre los primeros están los daños directos en diversos órganos (cerebro, corazón, hígado, etc.) y, entre los segundos, están las consecuencias de actividades sexuales no deseadas, las derivadas del consumo de sustancias adulterantes asociadas con las drogas o la mayor presencia de enfermedades infecciosas relacionadas con prácticas de riesgo.

Dentro de los daños psicológicos producidos a los consumidores se encuentra el fenómeno de la dependencia, con el estrechamiento consiguiente del abanico de intereses que lleva a un uso compulsivo de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas, así como al abandono de una gran cantidad de actividades e intereses, que podrían ser denominados prosociales, ya que facilitan el desarrollo e integración del individuo en su entorno. Por otra parte, el abuso de las sustancias psicotrópicas

puede producir efectos graves sobre el funcionamiento mental, como sucede por ejemplo en el caso del cannabis en personas vulnerables (Fernández Artamendi et al., 2011). Este abuso puede llevar incluso a la presentación de sintomatología psicótica o, en otros casos, al deterioro de la capacidad de la regulación emocional y la capacidad de autocontrol. De forma asociada al consumo, y en conexión con las dificultades personales y sociales, se encuentran también la presencia frecuente de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Las dificultades sociales en los consumidores se relacionan con la pérdida por un lado de bienes u oportunidades para lograrlos (dinero, alojamiento, reducción del rendimiento académico, problemas con la justicia, etc.), o bien con el deterioro de las relaciones interpersonales, tanto con la familia, como con el entorno social más cercano.

Tabla 3.4

Importancia relativa de los diferentes criterios para evaluar el daño producido por el consumo de sustancias. Tomado de van Amsterdam et al. (2015)

Criterio	Importancia relativa sobre 100	Subtotales y total
Mortalidad específica de la droga	7,3	
Mortalidad relacionada con la droga	8,7	
Daño específico de la droga	5,6	
Daño relacionado con la droga	4,3	
Subtotal - Daño físico		25,9
Dependencia	7,0	
Deterioro del funcionamiento mental específico de la droga	4,5	
Deterioro del funcionamiento mental relacionado con la droga	4,5	
Subtotal - Daño psicológico		16,0
Pérdida de tangibles	5,6	
Pérdida de relaciones	5,6	
Subtotal - Daño social en consumidor		11,2
Lesiones	11,6	
Subtotal - Daño físico y psicológico en otros		11,6
Crimen	2,9	
Daño ambiental	1,2	
Problemas familiares	11,6	
Daño internacional	4,1	
Coste económico	11,6	
Daño a la comunidad	4,1	
Subtotal - Daño social a otros		35,5
Total		100

El daño sobre los no consumidores (los otros) puede tener una vertiente psicológica y física, con un aumento de las lesiones a otros, tanto de forma directa como indirecta. El consumo de alcohol y drogas está asociado a un incremento de la violencia, los accidentes de tráfico y el daño fetal, lo que lleva a un aumento de los problemas psicológicos y físicos de las personas afectadas. También puede tener una vertiente social, como sucede en el caso del aumento del crimen asociado al tráfico de drogas, la degradación ambiental de ciertos contextos urbanos vinculados con dicho tráfico o con el consumo, los graves problemas que sufren las familias de muchos consumidores en forma de deterioro de la convivencia y aumento de la conflictividad intrafamiliar o deterioro de la atención a los hijos, el incremento de los costes económicos que la sociedad debe afrontar en forma de provisión de servicios policiales, sanitarios, jurídicos, penitenciarios y de ayuda social, y la afectación de las comunidades locales e internacional por los efectos derivados de la producción y tráfico de las sustancias.

Es difícil cuantificar, de forma precisa, el daño que produce el consumo. No se conoce ningún trabajo que lo haya abordado específicamente para los menores de 18 años. Sin embargo, como elemento orientativo, se puede citar el anteriormente mencionado de van Amsterdam et al. (2015), en el que 40 expertos provenientes de 21 países de la Unión Europea fueron invitados a cuantificar el daño producido por 20 diferentes sustancias adictivas, siguiendo las categorías de daño que se han señalado previamente. Se expone el resultado de este estudio porque se vio que los resultados eran equiparables a los que se publicaron previamente y que se circunscribían a países concretos como Reino Unido o Países Bajos. La importancia relativa de cada criterio a la hora de evaluar el daño producido por el consumo de las sustancias puede verse en la Tabla 3.4.

En lo que se refiere a las adicciones comportamentales, las categorías usadas para evaluar el daño son similares que las usadas en el caso de las adicciones a sustancias. Las diferencias tienen que ver con la especificidad de la acción de las drogas en el organismo.

La conducta de juego puede tener consecuencias no sólo sobre los jugadores sino también sobre su familia y la sociedad. En este tipo de comportamiento adictivo, los efectos se ven con más claridad bastante tiempo después de su inicio. De hecho, según estudios hechos en España, el plazo que transcurre desde el inicio del juego hasta que se solicita tratamiento se encuentra en el entorno de los 20 años (Dirección General de Ordenación del Juego, 2017). Es, en ese momento, cuando se hacen patentes las consecuencias financieras, la interferencia negativa sobre las relaciones familiares y laborales, y los efectos psicológicos de la conducta de juego.

Factores de riesgo y protección de las adicciones

Los conceptos de factores de riesgo y protección son de uso general en el ámbito de la prevención y se refieren a aquellas variables asociadas con la conducta adictiva que incrementan o reducen, respectivamente, la probabilidad de inicio o un mayor riesgo de desarrollo del comportamiento adictivo (Carballo Crespo et al., 2004). En otros ámbitos, como en el tratamiento, pueden entenderse también como factores predictores de una mejor o peor respuesta al mismo.

Es necesario tener en cuenta para interpretar los resultados que se obtienen en la investigación que los factores de riesgo y de protección no son “causas”, sino que son variables correlacionadas con la conducta adictiva. Además, los factores no son independientes entre sí, ya que unos pueden influenciar a otros, modificando o suprimiendo su influencia.

Los problemas adictivos, entendidos como hábitos propositivos con un potencial de daño importante e impulsados por una fuerte motivación, tienen una gran cantidad de factores de riesgo y protección comunes. Esto es debido a que los procesos de aprendizaje y los factores motivacionales son, en gran medida, similares y tienen como diferencia sólo las especificidades de la modalidad adictiva. Por ejemplo, en las adicciones comportamentales, la acción química reforzante de algunas sustancias no se produce, pero los mecanismos de reforzamiento del comportamiento están presentes igualmente.

No es extraño, en este sentido, que, para todos los problemas adictivos, la adolescencia sea una edad de especial riesgo. Es una fase de la vida en la que se producen importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales, sociales y conductuales, la mayoría de ellos encaminados a forjar su propia identidad, siempre dentro de su contexto cultural. No en todas las culturas la llamada “crisis” de la adolescencia tiene el mismo sentido o significado. En nuestro entorno cultural, uno de los resultados más relevantes de esos cambios tiene que ver con la mayor facilidad de acceso al objeto adictivo, ya que es en la adolescencia cuando el joven tiene más grados de libertad para desarrollar una conducta autónoma, ajena a la estrecha supervisión paterna. Esa mayor facilidad de acceso es esencial para desarrollar la conducta de riesgo. Tampoco resulta sorprendente, desde esta perspectiva, que un factor de riesgo común sea ser varón (Dir et al., 2017), dada la mayor propensión masculina al desarrollo de comportamientos que pueden ser entendidos como socialmente problemáticos o de riesgo, y que evolutivamente se han entendido como una estrategia competitiva para incrementar el éxito reproductivo, mejorando las oportunidades de emparejamiento y la diversidad genética (Gluckman & Hanson, 2006).

Además, de forma empírica, se ha podido comprobar que aspectos tales como los factores de personalidad o ciertas disposiciones comportamentales, la co-presencia de trastornos o problemas psicológicos adicionales, los problemas escolares, la baja calidad de la relación o supervisión familiar, una historia familiar con miembros que presentan la conducta adictiva, la influencia de los compañeros o la permisividad social, entre otros, son factores de riesgo comunes, que se pueden encontrar en diferentes comportamientos adictivos (Brook et al., 2015; Sloboda, 2015). Aunque la literatura ha establecido una distinción entre los factores de riesgo y protección, puede considerarse que el polo opuesto de los descritos ejerce un rol protector, aunque no inmunizador. En la Tabla 3.5 se pueden ver los principales factores de riesgo compartidos por el consumo de sustancias y el juego problema en adolescentes.

También, la investigación ha señalado aspectos comunes desde una perspectiva neurobiológica o neuropsicológica. Se ha hipotetizado, desde una perspectiva evolutiva (Jordan & Andersen, 2017), que el comportamiento adictivo no es más que el resultado del desarrollo de conductas de riesgo y busca-

doras de recompensa, que tienen un claro valor evolutivo para la supervivencia o para la reproducción, pero que se transmutan en peligrosas para el adolescente o para los demás, en el caso de individuos “vulnerables”. Las investigaciones apuntan a que los jóvenes que se inician antes en el consumo de sustancias tienen ciertas “vulnerabilidades” neurales frente a los que no. En concreto, presentan un desempeño peor en tareas de inhibición y memoria de trabajo (Khurana et al., 2017), menor volumen cerebral en zonas vinculadas con el control cognitivo y las áreas del circuito de recompensa, menor activación cerebral durante las tareas de funcionamiento ejecutivo y una respuesta incrementada a la recompensa (Squeglia & Cservenka, 2017). Todas estas manifestaciones observadas en el ámbito neuropsicológico son correlatos de factores psicológicos relevantes, como una mayor impulsividad, la focalización de sus intereses en el objeto adictivo o el deterioro de su rendimiento escolar o laboral.

La idea de que estas variables neuropsicológicas, encuadradas dentro de la idea marco de “impulsividad”, pueden estar relacionadas con el desarrollo de un problema adictivo más temprano o más severo en el caso del *gambling* (juego con apuestas monetarias)

Tabla 3.5

Principales factores de riesgo comunes entre abuso de sustancias y juego problema. (a) (Brook et al., 2015; Sloboda, 2015); (b) (Cronce et al., 2017; Dowling et al., 2017; Shead et al., 2010); (c) (Rehbein et al., 2016)

Nivel	Factor de riesgo o protección	Abuso de sustancias ^(a)	Juego problema ^(b)	Uso problemático de Videojuegos ^(c)
Individual	Sexo: Varón	x	x	x
	Conductas internalizantes (depresión, ansiedad)	x	x	x
	Conductas externalizantes (trastorno de conducta, conducta antisocial)	x	x	x
	Realización temprana de la conducta de uso (sustancias o juego)	x	x	x
	Impulsividad, búsqueda de sensaciones	x	x	x
Micro-contextual	Bajo nivel socioeconómico familiar y pobreza	x	x	
	Conflicto, disfunción o desorganización y descuido familiar	x	x	x
	Existencia de familiares que usan sustancias o juegan	x	x	x
	Amigos y compañeros que usan sustancias o juegan	x	x	
	Actitudes de familiares o amigos en favor del consumo de drogas o el juego	x	x	x
	Bajo rendimiento escolar y bajo apego a la escuela	x	x	x
Macro-contextual	Facilidad de acceso o disponibilidad	x	x	
	Contexto cultural y normativo favorable	x	x	

o el *gaming* (juego sin apuestas) también encuentra respaldo en la investigación (Punia & Balodis, 2019).

Hay una gran cantidad de investigación que busca las bases genéticas de las adicciones. La constatación de que una historia familiar de consumo guarda relación con la probabilidad de que los hijos tengan una conducta de uso de sustancias problemática, ha dado pie a la investigación genética. Esa investigación ha llevado a realizar grandes estudios de carácter epidemiológico dirigidos a valorar la asociación de genes tanto con la conducta de consumo como con la presencia de un trastorno por uso de sustancias, o bien a estudiar factores o mecanismos genéticos no aditivos, como son la epigenética y el interjuego gen - ambiente (Prom-Wormley et al., 2017). Los resultados de estas investigaciones, aun reportando múltiples resultados que se relacionan con los mecanismos neuronales y bioquímicos implicados en las adicciones, presentan cierta inconsistencia y dificultades de replicación. Sin embargo, su mayor hándicap es que no se aprecia la forma en la que los conocimientos adquiridos sirvan para explicar la evolución de los patrones de comportamiento adictivos, y tengan utilidad para mejorar el tratamiento y la prevención.

En el campo específico del consumo de sustancias, un factor asociado con su consumo es el riesgo percibido de uso, o lo que es lo mismo, el grado en el que se crea que el uso de la droga puede producir un daño al consumidor. A menor riesgo percibido más probabilidad de que aumente la prevalencia de consumo. El caso del cannabis, analizado a través de una extensa serie temporal obtenida de las encuestas ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020b), es ilustrativo (ver Gráfico 3.2). Resultados similares pueden encontrarse en encuestas llevadas a cabo en USA, sobre esta misma sustancia, aunque en una serie temporal algo más extensa (Johnston et al., 2018).

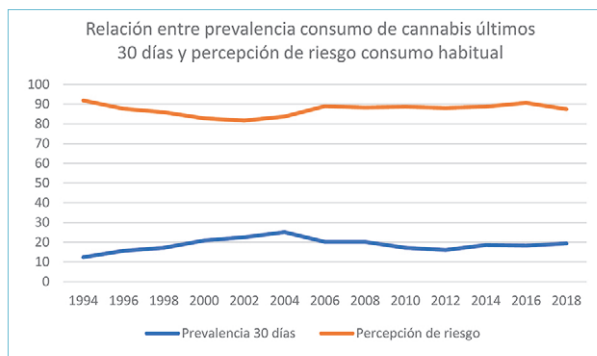
Se ha podido establecer también que el comienzo en el uso temprano en el uso de sustancias es un indicador consistente en la predicción de su uso adictivo o problemático. Sin embargo, la importancia de este factor de contacto temprano está modulada por ciertas características como la impulsividad o la búsqueda de sensaciones. Las trayectorias de consumo difieren notablemente entre los adolescentes que empiezan a consumir temprano, dependiendo de su sexo y el nivel de impulsividad (Martínez-Loredo et al., 2018a, 2018b).

Dentro de los factores de riesgo específicos ligados al juego problema, uno de los que ha sido especialmente estudiado es la presencia de sesgos o alteraciones cognitivas, en forma de creencias erróneas relacionadas con el juego o en las interpretaciones de los resultados que se producen por azar. Estas distorsiones no son únicas de los jugadores problema, pero su importancia se acrecienta entre aquellos que juegan más a juegos de azar (Fortune & Goodie, 2012). En una revisión (Johansson et al., 2009) se distinguen tres tipos: distorsiones cognitivas, percepciones erróneas o evaluaciones sesgadas e ilusión de control.

Las distorsiones cognitivas hacen referencia a la magnificación de las habilidades de juego, con un exceso de auto-confianza e ignorancia de la severidad de las pérdidas. Otro exponente de estas alte-

Gráfico 3.2

Relación entre prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días y percepción de riesgo de consumo habitual en jóvenes de 14 a 18 años en España



raciones cognitivas es la creencia errónea de que se pueden controlar o manipular los resultados de un juego gobernado por el azar, la presencia de pensamientos supersticiosos en los que intervienen rituales, amuletos o estados mentales “favorables”, o la llamada falacia del jugador, por la que se cree que, si se persiste en apostar, se recuperarán las pérdidas tenidas en un juego de azar por un efecto de “compensación” natural en los resultados.

Las percepciones erróneas se refieren a la tendencia de los jugadores problema a estimar de forma distorsionada tanto sus pérdidas como ganancias, así como las verdaderas probabilidades de ganar un premio en un juego de azar.

Por último, la ilusión de control significa que el jugador tiene una expectativa de éxito o ganancia personal muy superior a la que viene establecida por la probabilidad objetiva del juego, no distinguiendo ganancias que se producen por mero azar de aquéllas que vienen determinadas por sus habilidades en el juego. En general, los jugadores problema atribuyen sus ganancias, en ambos casos, a sus habilidades para obtenerlas.

Otro tipo de factores de riesgo específico ligados al juego problema son los que afectan a la disponibilidad y accesibilidad de los juegos, ciertas características estructurales de los mismos y a la publicidad que les afecta.

En lo que hace referencia a la disponibilidad y accesibilidad, la investigación (Rossow & Hansen, 2016; Sharman et al., 2019) indica que ambas están positivamente correlacionadas con la prevalencia de juego problema. Es decir que, a mayor disponibilidad y accesibilidad de los juegos, mayor prevalencia de personas con juego problema. Sin embargo, la relación entre disponibilidad, accesibilidad y juego problema es compleja (St-Pierre et al., 2014).

Además, ciertas características de los juegos, como son la inmediatez del premio, o la manipulación de ciertos parámetros como son el intervalo

entre pruebas o el grado de reforzamiento, pueden influir en la perseverancia en la conducta de juego (James et al., 2016), que es una característica definitoria de los jugadores problema.

Referencias

- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Torsheim, T., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2018). Tanning addiction: conceptualization, assessment and correlates. *British Journal of Dermatology*, *179*(2), 345-352. <https://doi.org/10.1111/bjd.16480>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Brook, J. S., Pahl, K., Brook, D. W., & Morojele, N. K. (2015). Risk and Protective Factors for Substance Use and Abuse. In N. El-Guebaly, G. Carrá, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 2279-2305). Springer.
- Burge, A. N., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2006). Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *22*(3), 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9015-7>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, *33*(2), 397-424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Carballo Crespo, J. L., García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Cueto, E., Errasti Pérez, J. M., & Al-halabí Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario para la evaluación de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, *16*, 675-680.
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2020). Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*, *77*(2), 155-164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
- Davenport, K., Houston, J. E., & Griffiths, M. D. (2012). Excessive eating and compulsive buying behaviours in women: An empirical pilot study examining reward sensitivity, anxiety, impulsivity, self-esteem and social desirability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(4), 474-489. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9332-7>
- Dir, A. L., Bell, R. L., Adams, Z. W., & Hulvershorn, L. A. (2017, 2017-December-22). Gender Differences in Risk Factors for Adolescent Binge Drinking and Implications for Intervention and Prevention. *Frontiers in Psychiatry*, *8*(289).

- <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00289>
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2017). *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017, Feb). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51, 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>
- Earp, B. D., Wudarczyk, O. A., Foddy, B., & Savulescu, J. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP*, 24(1), 77-92. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0011>
- ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf
- Fernández-Hermida, J. R. (2018). La naturaleza e importancia del concepto de adicción. In Academia de Psicología de España (Ed.), *Psicología para un mundo sostenible* (Vol. II, pp. 219-236). Pirámide.
- Fernández-Hermida, J. R. (2019). Morbilidad asociada al juego problema. Una visión crítica. In J. M. González de Audikana de la Hera & A. I. Estévez Gutiérrez (Eds.), *Adicciones sin sustancia y otros trastornos del control de los impulsos* (pp. 69-83). Universidad de Deusto.
- Fernández Artamendi, S., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-260.
- Fortune, E. E., & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298.
- Gluckman, P. D., & Hanson, M. A. (2006, 2006/01/01). Evolution, development and timing of puberty. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 17(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2005.11.006>
- Griffiths, M. (2005a). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos*, 26(1), 18.
- Griffiths, M. (2005b, 2005/01/01). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D. (2019). The evolution of the «components model of addiction» and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32, 179-184. <https://doi.org/10.14744/DAJPN.2019.00027>
- Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Atroszko, P. A. (2018). Ten myths about work addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 845. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.05>
- Grupo de Investigación en Conductas Adictivas. (2016). *Estudio de evaluación del impacto del juego patológico en Asturias* [Informe]. Universidad de Oviedo.
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. M. J. (2021). Addiction as a brain disease revisited: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Hertzprung, M., & Amadala, S. (2021). Sex Addiction. En N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment. International Perspectives. Second Edition* (pp. 995-1003). Springer Nature Switzerland.
- Hogarth, L. (2020, 2020/04/01). Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: Translational critique of habit and compulsion theory. *Neuropsychopharmacology*, 45(5), 720-735. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0600-8>
- Informes y Estadísticas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2021). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Datos y Estadísticas*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>
- James, R. J., O'Malley, C., & Tunney, R. J. (2016). Why are Some Games More Addictive than Others: The Effects of Timing and Payoff on Perseverance in a Slot Machine Game. *Frontiers in Psychology*, 7, 46. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00046>
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., & Gotestam, K. G. (2009, Mar). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9088-6>
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2018). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2017: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED589762.pdf>
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017, 2017/06/01). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.10.004>
- Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., & Hurt, H. (2017). Working memory ability and early drug use progression as predictors of adolescent substance use disorders. *Addiction*, 112(7), 1220-1228. <https://doi.org/10.1111/add.13792>
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2021). The Transdiagnostic Mechanisms of Behavioral Addictions and Their Treatment. En N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 911). Springer Nature.
- Kyrios, M., Trotzke, P., Lawrence, L., Fassnacht, D. B., Ali, K., Laszkowski, N. M., & Müller, A. (2018). Behavioral Neuroscience of Buying-Shopping Disorder: A Review. *Current Behavioral Neu-*

- rosience Reports*, 5(4), 263-270. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0165-6>
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire. Why Addiction is Not a Disease*. PublicAffairs, A Member of the Perseus Books Group.
- Lichtenstein, M. B., & Hinze, C. J. (2020). Exercise addiction. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent Addiction (Second Edition)* (pp. 265-288). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00010-4>
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., De la Torre-Luque, A., & Fernández-Artamendi, S. (2018a). Polydrug use trajectories and differences in impulsivity among adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.003>
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., De la Torre-Luque, A., & Fernández-Artamendi, S. (2018b). Trajectories of impulsivity by sex predict substance use and heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 85, 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.011>
- Naish, K. R., MacKillop, J., & Balodis, I. M. (2018). The Concept of Food Addiction: A Review of the Current Evidence. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5(4), 281-294. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0169-2>
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020a). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020b). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020-Informe.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2020). *Informe Europeo sobre Drogas 2020: Cuestiones clave*. Recuperado de <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/7f3647e6-fd56-11ea-b44f-01aa75ed71a1>
- Pereiro, C., Bermejo, A., Fernández, P., & Tabernero, M. (2003). Deaths from drug abuse in northwestern Spain, 1992-97. *Addiction Biology*, 8(1), 89-95. <https://doi.org/10.1080/1355621031000069936>
- Petit, A., Karila, L., & Lejoyeux, M. (2015). [Adolescent pathological gambling]. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 564-568. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.01.008>
- Prom-Wormley, E. C., Ebejer, J., Dick, D. M., & Bowers, M. S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 241-259. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.040>
- Punia, K., & Balodis, I. M. (2019). An Overview of the Neurobiology of Impulsivity in Gambling and Gaming Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 6(4), 209-218. <https://doi.org/10.1007/s40473-019-00190-5>
- Rehbein, F., Kühn, S., Rumpf, H. J., & Petry, N. (2016). Internet Gaming Disorder. A new behavioral addiction. In N. Petry (Ed.), *Behavioral Addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 43-69). Oxford University Press.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders [journal article]. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Rossov, I., & Hansen, M. B. (2016). Gambling and gambling policy in Norway—an exceptional case. *Addiction*, 111(4), 593-598. <https://doi.org/10.1111/add.13172>
- Sharman, S., Murphy, R., Turner, J. J. D., & Roberts, A. (2019). Trends and patterns in UK treatment seeking gamblers: 2000-2015. *Addictive Behaviors*, 89, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.009>
- Shead, N. W., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2010, Jan-Mar). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 39-58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20491417>
- Sloboda, Z. (2015). Vulnerability and risks: Implications for understanding etiology and drug use prevention. In L. Scheier (Ed.), *Handbook of Adolescent Drug Use Prevention. Research, Intervention Strategies and Practice* (Vol. 85-100). American Psychological Association.
- Squeglia, L. M., & Cservenka, A. (2017). Adolescence and drug use vulnerability: findings from neuroimaging. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.12.005>
- St-Pierre, R. A., Walker, D. M., Derevensky, J., & Gupta, R. (2014). How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature. *Gaming Law Review and Economics*, 18(2), 150-172. <https://doi.org/10.1089/gltre.2014.1824>
- Tomás-Benlloch, M. d. C. (2019). Adicción al tarot: ¿mito o realidad?. Consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(2), 13-25.
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. <https://doi.org/10.1177/0269881115581980>
- West, R. (2013). *EMCDDA Insights. Models of addiction*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Zendle, D., & Cairns, P. (2018). Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey. *PLoS One*, 13(11), e0206767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206767>

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y trastornos de conducta

Pilar Calvo Pascual

Coordinadora de la División de Psicología Educativa del Consejo General de la Psicología

INDICE

55 Trastorno negativista desafiante (TND)

55 *Caracterización y definición del trastorno negativista desafiante*

56 *Epidemiología del trastorno negativista desafiante*

57 *Impacto personal y social del trastorno negativista desafiante*

57 *Factores de riesgo y protección*

58 Trastorno de conducta (TC)

58 *Caracterización y definición del trastorno de conducta*

61 *Epidemiología de los trastornos de conducta*

62 *Impacto personal y social del trastorno de conducta*

62 *Factores de riesgo y protección*

64 Referencias

En el ámbito educativo, las conductas disruptivas son definidas como aquellas conductas que dificultan los aprendizajes y distorsionan la relación individual, y la dinámica de grupo, afectando tanto al individuo que la provoca como a los que reciben la consecuencia. Dichas conductas se entienden como resultado de un proceso que tiene consecuencias negativas en el alumnado y en el contexto de aprendizaje. Así, pues, la conducta disruptiva puede manifestarse con una conducta contraria a las normas implícitas (Jurado, 2015). Esta conducta problemática puede evolucionar, en función de características personales y de la intervención del entorno, hacia un modelo de desarrollo adaptativo o a hacia un trastorno de conducta, lo que indica la importancia de una intervención temprana. La combinación de los factores de riesgo, de los factores protectores, el tipo de intervención y el momento en el que se produce, contribuyen a que se pase de los problemas de conducta evolutivos a los trastornos de conducta generadores de inadaptación.

En las últimas décadas, en nuestra sociedad han surgido nuevos valores, como la necesidad de obtener una recompensa inmediata, poca tolerancia al malestar y el individualismo (Raya & Comino, 2014). Estos valores han contribuido al incremento de niños y adolescentes emocionalmente frágiles que pueden, con frecuencia, presentar síntomas de irritabilidad, agresividad, dificultad para establecer vínculos afectivos e impulsividad, y que, en algunos casos, viven dificultades económicas como consecuencia de la crisis económica experimentada en años anteriores (Ruiz et al., 2014). Estos nuevos factores han producido un elevado impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, aumentando de forma muy preocupante la prevalencia de los trastornos de conducta que, además de las consecuencias que influyen en el menor, afectan también a su entorno familiar y académico (Matalí, 2016).

En los últimos años, debido a la prevalencia y consecuencias negativas de los problemas disruptivos

tivos, del control de impulsos y de los trastornos de conducta en los menores y en sus entornos, esta problemática supone la mayor demanda de consulta en los centros de salud mental infanto-juvenil (Emberley & del Río Pelegrina, 2011; Freeman et al., 2016; Matalí, 2016; NICE, 2013), y de atención en los centros educativos. Un 21% del profesorado que ha solicitado ayuda al defensor del profesor relata las dificultades para dar clase por los problemas disruptivos, un 23% la falta de respeto del alumnado hacia ellos, un 10% haber recibido amenazas por parte del alumnado y un 2% la existencia de daños contra la propiedad; en estas manifestaciones ha habido un incremento respecto a cursos anteriores (ANPE, 2020).

Cuando se manifiesta el trastorno de conducta, surgen comportamientos que no respetan los derechos de los demás, que presentan conflictos significativos con las normas o con las figuras de autoridad. Las causas subyacentes de estos problemas de autocontrol pueden variar entre los trastornos y entre los individuos (American Psychiatric Association, 2013).

En este capítulo, se destacan dos de estos trastornos, el trastorno negativista desafiante (TND) y

el trastorno de conducta (TC), por su repercusión personal y social (Comeche & Vallejo, 2016).

Trastorno negativista desafiante (TND)

Caracterización y definición del trastorno negativista desafiante

Este trastorno se caracteriza por un patrón de comportamiento que implica dificultades para respetar las normas y las figuras de autoridad, para regular la conducta y las emociones, que se manifiesta por un humor enfadado e irritable, comportamiento discutiendo y beligerante y resentimiento y deseo de venganza (Ezpeleta, 2014b).

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el TND es un patrón de humor enfadado/irritable por el que se encoleriza e incurre en pataletas, es susceptible o fácilmente molesto por otros, es colérico y resentido. Manifiesta un comportamiento desafiante que discute con figuras de autoridad o con los adultos, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus peticiones, molesta deliberadamente a otras personas y acusa a otros de sus errores. Manifiesta resentimiento o actitud vengativa.

Tabla 4.1

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante (TND)

A) Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

➔ Continuación

Tabla 4.1
Criterios DSM-5 para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante (TND)

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B) Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C) Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar.

Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

El TND comienza a muy temprana edad, se mantiene estable en los periodos evolutivos desde los 3 hasta los 18 años, predice problemas de adaptación en la adolescencia y en la edad adulta (Ezpeleta, 2014a). Detectar el trastorno desde muy temprano es clave para planificar intervenciones eficaces.

Epidemiología del trastorno negativista desafiante

En niños de Educación Infantil de población general de entre 2 y 5 años, la prevalencia del TND se sitúa entre el 6,6% y el 13,4%, 6,9% en España, a la edad de 3 años, 7,2% en niños y 6,7% en niñas (Ezpeleta, 2014b). En la infancia y la adolescencia, entre los 4 y los 17 años, según un metaanálisis de 25 estudios realizados en población general, la prevalencia se sitúa en un 3,3% (Canino et al., 2010). Un estudio realizado en alumnado con edades comprendidas entre los 6 y 16 años muestra una prevalencia situada entre un 4,2 y un 7%. Siendo de un 6,8% en el género masculino, y de 4,3% en el género femenino (López-Villalobos et al., 2014). En adultos americanos de 18 a 44 años, la prevalencia

de TND fue de 10,2% (Nock et al., 2007). El TND es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, con una prevalencia del 2% al 10% (Costello et al., 2003; Maughan et al., 2004). Estas cifras indican que el TND es un problema de una relevancia tal, que hay que detectar lo más tempranamente posible los factores de riesgo y desarrollar los factores protectores que minimicen los efectos de los anteriores.

El TND se caracteriza por ser comórbido, ya que se produce junto con o antes de una amplia manifestación de alteraciones (Costello et al., 2003), incluyendo los trastornos de conducta, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y de consumo de sustancias. Puede ser que los aspectos afectivos del TND predicen los trastornos de ansiedad y depresión (Burke et al., 2005; Stringaris & Goodman, 2009). El estado de ánimo irritable es un fuerte predictor de un trastorno emocional (Stringaris et al., 2009). La obstinación y las conductas vengativas predicen la presencia de problemas de conducta futuras (Aebi et al., 2010; Burke et al., 2010; Rowe et al., 2010). EL TND se considera como un precursor del trastorno de

conducta. No obstante, aunque el TND y el TC tienen altos niveles de comorbilidad, la mayoría de los niños diagnosticados con un TND, no desarrollan un TC (Rowe et al., 2002). Los niños con TDAH desarrollan frecuentemente un TND (Burke et al., 2005).

Impacto personal y social del trastorno negativista desafiante

Por lo que se refiere al impacto personal y social, el TND es un problema que, por las características de sus manifestaciones, de la frecuencia, intensidad y duración, resulta socialmente inaceptable. Oponerse, discutir, irritarse, molestar a los demás, no respetar las normas, provoca agotamiento en las personas con las que se relacionan, especialmente en las figuras de autoridad, también entre los iguales, alterando las relaciones sociales.

A nivel personal produce un deterioro funcional más que malestar por el problema, ya que generalmente hay poca conciencia de que existe. No obstante, dependiendo de los síntomas y especialmente del nivel de procesamiento de la información social, muchos menores preferirían no comportarse de ese modo. Su conducta conduce a experiencias de fracaso en diferentes áreas, en el centro educativo, en la familia, y en las relaciones interpersonales. Los resultados académicos se ven comprometidos, tendiendo a no superar con éxito los contenidos curriculares. En las relaciones con los compañeros son rechazados debido a que molestan, gastan bromas y culpan a los demás de su situación. La percepción del profesorado es la de que son personas difíciles, que alteran el funcionamiento del aula y a los que hay que dedicar mucho tiempo y generan un gran desgaste emocional. A nivel familiar se produce una alteración de la vida cotidiana y de las relaciones sociales, reduciendo la calidad y cantidad. Se vive una ten-

sión permanente por el temor a que en cualquier momento surja un problema, porque cada acción suponga un elevado esfuerzo, cuando se constata que el problema conductual no se aminora, sino que se mantiene o incrementa. De hecho, se evidencia que el TND, si no se han adoptado medidas de intervención eficaces, puede evolucionar hacia un trastorno de conducta.

Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo individuales son de diversa índole. La alta emotividad negativa (enfado y frustración) y la disregulación emocional, entendida como la dificultad para ajustar la intensidad o la respuesta emocional a la situación se han mostrado como antecedentes del TND (Ezpeleta, 2014a). Asimismo, los estudios revelan que son factores de riesgo para el desarrollo de TND algunos problemas de procesamiento de la información social, como las dificultades para asociar las conductas con las consecuencias positivas o negativas, baja sensibilidad al castigo, ausencia de miedo, dificultades para el procesamiento de la recompensa y dificultades en la solución de problemas, ligados a deterioro en las funciones ejecutivas, especialmente en la inhibición o toma de decisiones (Ezpeleta, 2014b). El TDAH es precursor frecuente del TND. Comporta un grado importante de disregulación emocional y conductual y afectación de las funciones ejecutivas (Ezpeleta, 2014a).

Los factores genéticos contribuyen de manera significativa al desarrollo del TND. Algunos estudios con gemelos señalan que el comportamiento oposicionista se expresa hasta en un 55-57% por factores genéticos (Hudziak et al., 2005). Hay investigaciones que sugieren que el TND comparte una superposición genética con el trastorno de conducta (Eaves et al., 2000). En un estudio realizado con gemelos adolescentes, los síntomas de

irritabilidad en el TND compartían factores con los síntomas depresivos, y la conducta de desafiante/ofensiva del TND compartía factores genéticos con los trastornos de conducta (Stringaris et al., 2012).

Las personas que presentan un inicio del TND en la infancia y persiste en la adolescencia, presentan peores resultados en la vida adulta, si se compara con los iguales que presentaron el inicio del TND en la adolescencia (Farrington et al., 2006; Moffitt, 2003). La edad de inicio temprana es un factor de riesgo y predictor de los resultados conductuales posteriores.

Analizando los factores de riesgo ambientales, los familiares ocupan un lugar importante. Ambientes con deprivación económica, emocional o social, familias con normas educativas caóticas o negligentes, malas relaciones familiares, situaciones de abuso o maltrato, exposición a la violencia, convicciones hacia el fracaso del hijo/a, sentimientos y actitudes de rechazo, negligencia o no estimación o trastornos psicopatológicos de los padres, incluyendo, abuso de drogas, son factores de riesgo para el TND.

El amplio entorno que rodea a los menores también puede ser un factor de riesgo. La desventaja social y económica, la violencia en el vecindario se han asociado a los trastornos disruptivos (Guerra et al., 1995; Rowe et al., 2002).

El ambiente escolar también puede funcionar como factor de riesgo para este trastorno. Métodos de enseñanza inadecuados (autoridad excesiva o con niveles de exigencia desajustados, expulsiones reiteradas o exceso de permisividad), aislamiento social, dinámica de la relación familia-centro poco coordinada, hechos traumáticos o desprecio de compañeros o retraso escolar pueden ayudar a desencadenar el desarrollo de un TND.

También se ha constatado que contextos en los que se desenvuelven los menores pueden ser los

factores protectores más relevantes frente al TND. A nivel familiar, y en la línea de otros trastornos, las variables que reducen la probabilidad del desarrollo de TND son: pautas de crianza positivas, fomento de un apego seguro, establecimiento de normas claras, estabilidad emocional y económica, expectativas positivas y atribuciones ajustadas hacia el menor. En la misma línea, y por lo que se refiere al contexto escolar, el apoyo del entorno (iguales y docentes), la implicación del profesorado en la comprensión de su situación personal, la colaboración de la familia con el centro y con otros servicios, adecuados métodos de enseñanza (adaptaciones curriculares funcionales y motivadoras cercanas a su realidad), el establecimiento de pactos o compromisos pedagógicos (contratos) referentes al trabajo diario (actividades, deberes y responsabilidades), una disciplina adecuada y razonada, reglas y normas de funcionamiento claras y un seguimiento individualizado son claves importantes para la prevención del problema.

La prevención temprana iniciada prenatalmente en madres embarazadas que pertenecen a un grupo de riesgo, la intervención temprana en el contexto familiar en conflicto o desorganizado, y la intervención temprana con niños que presentan desde educación infantil una alta emotividad negativa y un déficit en la autorregulación emocional y aprendizaje social, constituyen factores protectores que han de activarse lo antes posible.

Trastorno de conducta (TC)

Caracterización y definición del trastorno de conducta

El TC en la infancia y adolescencia implica un patrón según el cual el individuo entra en conflicto con las normas y con los derechos o necesidades de los demás, lo que implica en ocasiones la comisión de delitos (Cova et al., 2012; De Dios, 2002;

Romero, 2001; Soutullo Esperón & Mardomingo Sanz, 2009). Es un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo. Se caracteriza por conductas en contra de la sociedad (antisociales), que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad (Vásquez et al., 2010).

Algunos autores (Lahey et al., 1999) consideran no abordar el diagnóstico del TC como una dimensión categorial, sino como el extremo de la dimensión de conducta antisocial, agresividad, inadaptación social y criminalidad en la que el punto de corte entre el TC y la conducta normal se corresponde más con una convención que con una dicotomía real. El TC se da con mayor frecuencia en familias con situación socioeconómica baja y en barrios

marginales con elevado índice de criminalidad (Lahey et al., 1999).

Atendiendo al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de conducta (TC), trastorno disocial, en versiones anteriores, se define como “*un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes de la edad*”. Esta versión incluye la edad de inicio del trastorno como uno de los aspectos más relevantes a valorar en relación con el desarrollo, curso y pronóstico del trastorno. Además, integra la presencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (DIA) en los criterios diagnósticos con la especificación de valores prosociales limitados, como aspectos fundamentales para tener en cuenta.

Tabla 4.2

Criterios para el diagnóstico de trastorno de conducta según el DSM-5

A) Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes de la edad, manifestándose por la presencia de 3 (o más) de los siguientes quince criterios de cualquiera de las categorías que aparecen a continuación durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales:

1. Fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. Inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave.
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima.
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad:

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo:

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. Miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

Violaciones graves de normas:

13. Permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, comportamiento que inició antes de los 13 años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces.
15. Hace novillos en la escuela, práctica iniciada antes de los 13 años de edad.

B) Además, el trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral.

C) Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

➔ Continuación

Tabla 4.2
Criterios para el diagnóstico de trastorno de conducta según el DSM-5

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas:

Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador

concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos

prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

La edad de inicio del trastorno es uno de los aspectos más relevantes a tener en cuenta para el desarrollo y pronóstico del trastorno. Los casos de inicio en la infancia es frecuente que presenten también un diagnóstico de TND. Pueden ser detectados desde Educación Infantil. Su conflictividad tiende a aumentar en intensidad y gra-

vedad hasta la adolescencia (Torrubia & Moli-nuevo, 2014).

El inicio del TC en la adolescencia tiene una evolución muy diferente que la que se da en las personas cuyo TC se ha iniciado en la infancia (Moffitt, 2003). En un inicio en la adolescencia, el nivel de agresividad es menor, presentan relaciones más

normalizadas con los iguales, es poco probable que presenten déficits cognitivos o que hayan sido educadas en familias problemáticas, aunque sí manifiestan mayores niveles de rebeldía y rechazo a las normas convencionales.

El especificador de emociones sociales limitadas, con la introducción de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (DIA), permitirá identificar a personas con factores causales únicos con alta probabilidad de presentar en la edad adulta un comportamiento antisocial (Frick et al., 2013). Para Frick, Rey, Thornton y Kahn (2013), los rasgos DIA son un modelo para la comprensión del desarrollo de los precursores de la psicopatía.

En el diagnóstico del TC ha de tenerse en cuenta que algunas personas que manifiestan conductas delictivas están manteniendo comportamientos de protección o de supervivencia en un determinado contexto. Son personas que no presentan conductas agresivas o desafiantes. Están adaptados en el contexto de iguales desadaptados en el que viven. Las conductas se consideran desviadas respecto a la sociedad, pero no respecto a las del grupo de referencia (Torrubia & Molinuevo, 2014).

Es frecuente que junto al TC concurren otros problemas de salud mental. Entorno al 90% de menores con diagnóstico de TC, también cumplen criterios de TND (Essau, 2003). Más del 40% de personas con TC son diagnosticadas de TDAH. Las personas con TC mantenido en el tiempo experimentan frecuentemente trastornos de ansiedad derivados del malestar y de las presiones que sienten diariamente (Loeber & Farrington, 2000). Es frecuente el consumo de sustancia en los menores diagnosticados de TC.

Epidemiología de los trastornos de conducta

La prevalencia del trastorno disocial o trastorno de conducta se estima entre un 2-16 % según distintas investigaciones (Aláez et al.,

2000; Caseras et al., 2002; Díaz-Sibaja et al., 2007; Fernández & Olmedo, 1999; Koch & Gross, 2002; Larroy & De la Puente, 1998; Luiselli, 2002; López-Soler et al., 2009; Moreno & Revuelta, 2002). Otros estudios (Matalí, 2016) indican que la prevalencia del trastorno disocial varía en función de la edad y el sexo, presentando una prevalencia del 1,5 % entre los 6 y 9 años que aumenta hasta el 3,4% entre los 10 y los 13 años, entre un 1,8 y un 16% en la población infantil y adolescente masculina, y un 0,8 y un 9,2% de la población infantil (Essau, 2003). La frecuencia de los trastornos del comportamiento aumenta en función de la edad.

Un estudio realizado por Garaigordobil y Maganto (2016). Con una muestra de 12 a 18 años, mostró unos resultados que evidenciaron que el 16,6% de la muestra tenía un nivel alto de conductas antisociales (percentil 85-99), el 10% se inscribía en el perfil de alto riesgo (percentil 85-94) y el 6,6% en el perfil antisocial (percentil 95-99). Las diferencias entre sexos variaron en función del informante. En la autoevaluación, las mujeres presentaban significativamente menos conducta antisocial. Muchos estudios han encontrado diferencias significativas con mayor frecuencia de conductas disociales en los adolescentes varones (D'Acremont & Linden, 2006; Fan et al., 2008; García & da Costa Junior, 2008; Kim & Kim, 2005; López-Romero & Romero, 2010; Pelegrín & Garcés, 2009; Pérez-Fuentes et al., 2011; Rodríguez & Torrente, 2003; Sagar et al., 2011, Fear of failure and student athletes' interpersonal antisocial behaviour in education and sport; Sanabria & Uribe, 2009; Scandroglio et al., 2002; Seijo et al., 2008). Otras investigaciones sugieren que estas diferencias son mayores en la infancia (Garaigordobil et al., 2004), disminuyendo en la adolescencia (Plazas et al., 2010).

Impacto personal y social del trastorno de conducta

En cuanto a su impacto en las esferas personal y social, los trastornos de conducta se asocian con consecuencias muy negativas para los menores y sus familias, generando un funcionamiento alterado a lo largo de la vida. En la mayoría de los casos, parece que la alteración, la disfuncionalidad es la regla de adaptación vital a los entornos en los que se desenvuelven. Se produce una acumulación del riesgo, generado por las interacciones cada vez más negativas entre los factores de riesgo antiguos y los nuevos, mientras que la vida va haciendo demandas de competencias más especializadas para el manejo adecuado (Tomás & Gastaminza, 2000).

El TC produce un deterioro funcional. La conducta manifestada por los y las menores conduce a experiencias de fracaso en diferentes áreas, en el centro educativo, la familia, y en las relaciones interpersonales. No se superan con éxito los contenidos curriculares. Son rechazados y rechazadas por los compañeros. El profesorado considera que son personas difíciles, que alteran el funcionamiento del aula y a los que hay que dedicar mucho tiempo y generan un gran desgaste emocional. A nivel familiar se produce una alteración de la vida cotidiana. La inadaptación escolar desde los primeros años de escolarización, consistente en la no adquisición de los aprendizajes básicos y los problemas de relaciones interpersonales con los iguales y con el profesorado, cuando el contexto escolar no interviene integralmente con los menores y con la familia, es una de las primeras experiencias sociales. Los déficits de competencias iniciales frenan su disposición a colaborar en nuevos aprendizajes ya que se ha instaurado la percepción de ineficacia y la falta de expectativas de futuro a corto y medio plazo.

Los trastornos de conducta se asocian con cierta frecuencia con trastornos de ansiedad (Loeber & Farrington, 2000) y consumo de sustancias, lo que, a su vez, genera alteraciones en la regulación emocional y conductual, incrementando los niveles de agresividad. Atendiendo a Essau (2003), dicha asociación se explica según el modelo en el que las diferentes formas de problemas de conducta deben ser consideradas parte de un patrón más amplio de desviación que refleja un síndrome subyacente y que incluye diferentes formas de desviación de la norma.

La experiencia temprana, desde los inicios de la adolescencia, con los expedientes abiertos de fiscalía sobre las infracciones cometidas, en la mayoría de las ocasiones supone cronificar un patrón de respuesta que interiorizan como parte de su identidad. Estas comparecencias y las medidas que se adoptan, cuando no existe una coordinación con los servicios educativos, psicológicos y sociales que intervienen con los menores, alteran los procesos psicoeducativos que se están desarrollando.

El comportamiento disocial es complejo de tratar debido al elevado número de áreas disfuncionales, las variables ambientales condicionantes y las consecuencias que la adopción de medidas judiciales, presentes desde el comienzo de la adolescencia, tiene en el proceso del tratamiento.

Factores de riesgo y protección

Atendiendo a Loeber y Farrington (2000), la aparición del trastorno de conducta, así como su gravedad, depende del balance entre los factores de riesgo y los factores protectores. La detección temprana y el conocimiento de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores es compleja y fundamental para comprender el trastorno y la importancia de la intervención temprana (Kazdin, 2007).

En relación a los factores de riesgo individuales, determinados polimorfismos genéticos (MAO A, DRD2 y DAT1) se han asociado a conductas agresivas y antisociales. El TC también está asociado a complicaciones prenatales y perinatales, elevada reactividad emocional, baja regulación emocional y dificultades de adaptación a los cambios; un nivel deficitario en las funciones ejecutivas consistentes en la baja capacidad de planificación de las acciones, de mantener la atención precisa, de inhibir conductas ineficaces; déficits en habilidades verbales y bajo rendimiento académico; déficits en el procesamiento de la información social relacionada con situaciones hostiles, en el procesamiento de estímulos emocionales negativos y en el procesamiento de las acciones de castigo.

Tabla 4.3

Factores de riesgo y factores protectores para el inicio del trastorno de conducta

Factores de riesgo
<p><i>Factores individuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Genotipos. ➤ Complicaciones prenatales y perinatales. ➤ Alteraciones psicopatológicas. ➤ Dificultades y déficits neuropsicológicos. ➤ Reactividad vegetativa. ➤ TDAH y TND. ➤ Déficit en habilidades verbales. ➤ Déficit cognitivos y emocionales. <p><i>Factores familiares y parentales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentración de la delincuencia en la familia. ➤ Predisposición genética familiar. ➤ Trastornos psicopatológicos en la familia. ➤ Problemas socioeconómicos graves. ➤ Prácticas educativas inconsistentes. ➤ Maltrato. ➤ Exposición a conflictos familiares y violencia doméstica. <p><i>Factores ambientales externos a la familia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgos en el barrio de residencia. ➤ Influencia de los iguales.
Factores protectores
<p>Cociente intelectual elevado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperamento no conflictivo. ➤ Capacidad para relacionarse con los demás. ➤ Buenos hábitos de trabajo en la escuela. ➤ Buena relación con adultos de referencia. ➤ Compañeros prosociales. ➤ Clima escolar basado en la responsabilidad y autoexigencia.
FUENTE: Adaptado de Torrubia y Molinuevo, B. (2014)

El impacto de los factores ambientales en el surgimiento y mantenimiento del TC es clave desde el inicio de la infancia, tanto por la facilitación de la manifestación genética, como por el aprendizaje de modelos de conducta. Las características de funcionamiento de la familia, con una historia personal y social de vulnerabilidad, en barrios deprivados socioeconómicamente, son determinantes en un nivel muy elevado de la conducta de los menores. La existencia de comisión de delitos; la presencia de psicopatologías; las prácticas educativas inadecuadas, consistentes en no cuidar, no dar afecto, abandono, abuso, conductas inconsistentes, modelos autoritarios con agresividad y muy punitivos, modelos muy permisivos en los que no existen normas estables ni supervisión de las conductas, constituyen factores de riesgo para el desarrollo del TC.

Se ha puesto de manifiesto que el modelo de intervención en los centros escolares también puede contribuir al surgimiento de los trastornos de conducta. Centros en los que no se atiende integralmente, desde educación infantil, las necesidades educativas de los niños; en los que se separa, estigmatiza o castiga sistemáticamente, sin que las competencias personales o sociales se hayan desarrollado, comenzando desde esos primeros momentos un proceso de fracaso que se incrementa con el paso del tiempo.

La influencia de los iguales es mayor cuando el inicio del trastorno de conducta se ha producido más tarde, y es menor cuando ha comenzado tempranamente.

El nivel socioeconómico modera el impacto de otros factores de riesgo. Seijo, Mohamed y Vilariño (2008) confirmaron más comportamientos antisociales en los adolescentes que vivían en barrios más deprimidos socioculturalmente. Las condiciones económicas adversas pueden ser un factor de influencia en la conducta antisocial de las chicas (Lanctôt, 2015).

La relación entre las variables individuales y ambientales suelen ser bidireccionales. Las prácticas educativas de padres y educadores influyen en el comportamiento de los menores, y la conducta muy conflictiva de los menores afecta en el comportamiento y medidas de las familias y profesorado.

La importancia de algunos factores de riesgo es diferente en función de las etapas evolutivas. Esta apreciación es clave en las prácticas educativas tanto en el ámbito familiar como el escolar.

Algunos factores de riesgo, independientes en un principio, terminan interrelacionados, ya que la presencia de uno genera la activación de los otros.

La combinación de los factores de riesgo, los factores protectores, el tipo de intervención y el momento en el que se produce, contribuyen a que se pase o no de los problemas de comportamiento evolutivos a los trastornos de conducta generadores de inadaptación. Intervenir de modo multisistémico, con una adaptación personalizada, con el tiempo necesario de actuación, que cubra los diferentes factores de riesgo sobre los que se pueda intervenir, que desarrolle las competencias de los menores y de la familia, se convierte en un factor protector que contribuye a una mejor adaptación personal y social. Las intervenciones en ámbitos educativos desde los primeros cursos de escolarización, que atienden las necesidades educativas, emocionales y sociales se han demostrado protectoras y eficaces, y en general los programas que potencian el desarrollo socio-emocional que fomentan, la tolerancia, la empatía, el respeto por los derechos humanos, la autorregulación emocional y el aprendizaje de técnicas para la resolución de conflictos pacíficas inhiben la conducta violenta (Garaigordobil & Fagoaga, 2006; Mestre et al., 2011).

Referencias

Aebi, M., Müller, U. C., Asherson, P., & al., e. (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions

- in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40, 2089-2100
- Aláez, F. M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- ANPE. (2020). *Informe del Defensor del Profesor de ANPE 2019-2020*. https://documentos.anpe.es/defensor/Informe_defensor_2019_2020.pdf
- Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 484-492
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., & al., e. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200-1210
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(7), 695-704.
- Caseras, X., Fullana, M. A., & Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. In M. Servera (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 277-302). Pirámide.
- Comeche, M. I., & Vallejo, M. A. (2016). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (3ª Edición ed.). Dykinson.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837-844. In.
- Cova, F., Pérez-Salas, C. P., Parada, B. V., Saldivia, S., Rioseco, P., & Soto, O. (2012). Inteligencia y conductas delictuales en adolescentes chilenos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 441-452.
- D'Acremont, M., & Linden, M. v. d. (2006). Gender differences in two decision-making tasks in a community sample of adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 30(4), 352-358.
- De Dios, J. (2002). Trastornos disociales en la adolescencia: estudio de su incidencia en la comunidad de Madrid. *Estudios e Investigación*.
- Díaz-Sibaja, M., Trujillo, A., & Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de Día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Child and adolescent Day Hospital: treatment programs*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7(1), 80-99.
- Eaves, L., Rutter, M., Silberg, J. L., & al., e. (2000). Genetic and en-

- vironmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*, 30, 321-334.
- Emberley, E. M., & del Río Pelegrina, M. (2011). Prevalence, symptoms and distribution of oppositional defiant disorder. *Psicothema*, 23(2), 215-220.
- Essau, C. A. (2003). Epidemiology and comorbidity. In C. A. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment* (pp. 33-59). Routledge.
- Ezpeleta, L. (2014a). Prevención en Psicopatología del desarrollo. In L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 3-20). Masson.
- Ezpeleta, L. (2014b). Trastorno negativista desafiante. In L. Ezpeleta & J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 455-460). Pirámide.
- Fan, W., Cheung, F. M., Cheung, S., & Leung, K. (2008). Gender difference of personality traits among Hong Kong secondary school students and their developmental analyses. *Acta Psychologica Sinica*, 40(9), 1002-1012.
- Farrington, D. P., Coid, J. W., Harnett, L. M., & al, e. (2006). *Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*.
- Fernández, E., & Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. UNED-FUE.
- Freeman, A. J., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder in a community mental health clinic: prevalence, comorbidity and correlates. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(2), 123-130.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2013). Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 532-548
- Garaigordobil, M., & Fagoaga, J. M. (2006). *Juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros educativos*. Publicaciones Ministerio de Educación.
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2016). Anti-social behavior in adolescents and Young adults: Prevalence in the Basque Country and differences as a function of socio-demographic variables. *Acción Psicológica*, 13(2), 57-68.
- Garaigordobil, M., Álvarez, Z., & Carralero, V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: factores de personalidad asociados y variables predictoras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(130), 241-271.
- García, K., & da Costa Junior, M. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(2), 299-305.
- Guerra, N. G., Huesmann, L. R., Tolan, P. H., & al, e. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 518-528.
- Hudziak, J. J., Derks, E. M., Althoff, R. R., Copeland, W., & Boomsma, D. I. (2005). The genetic and environmental contributions to oppositional defiant behavior: a multi-informant twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(9), 907-914.
- Jurado, P. (2015). Influencia de los comportamientos disruptivos en el fracaso escolar de los alumnos de ESO. Hacia un modelo de intervención centrado en la institución educativa.
- Kazdin, A. E. (2007). Psychosocial treatment for conduct disorder in children and adolescents (pág. 71-104) In P. E. Nathan & J. M. G. (Eds.) (Eds.), *A guide to treatments that work* (3 ed.). Oxford University Press.
- Kim, H., & Kim, H. (2005). Gender differences in delinquent behavior among Korean adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 325-345.
- Koch, L. M., & Gross, A. M. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Pirámide.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(5), 669-682
- Lanctôt, N. (2015). Development of antisocial behavior in adolescent girls. In J. Morizot & L. Kazemian (Eds.), *The development of criminal and antisocial behavior: Theory, research and practical applications* (pp. 399-411). Springer.
- Larroy, C., & De la Puente, M. L. (1998). Trastornos de conducta en los niños. In M. A. Vallejo-Pareja (Ed.), *Manual de terapia de conducta. Vol. II* (pp. 463-496). Dykinson.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol*, 12(4), 737-762.
- Luiselli, J. K. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 39-55). Pirámide.
- López-Romero, L., & Romero, E. (2010). Goals during adolescence and their relationship with antisocial behavior. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 166-177.
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas

- externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicohema*, 21(3), 353-358.
- López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Moliner, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, M. I., & Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80-87.
- Matalí, J. (2016). Adolescentes con trastornos de comportamiento. ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer?. Hospital Sant Joan de Déu.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Mestre, V., Tur, A., Samper, P., & Malonda, E. (2011). *Programa de educación de las emociones: La Con-Vivencia*. Tirant Lo Blanc.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda (pág. 49-75). In T. M. B. Lahey & A. Caspi (Eds.), *Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. Guilford Press.
- Moreno, I., & Revuelta, F. (2002). El trastorno por negativismo desafiante. In M. Servera (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 255-276). Pirámide.
- NICE. (2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. In *NICE clinical guideline 158*.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703-713.
- Pelegrín, A., & Garcés, E. (2009). Análisis de las variables que influyen en la adaptación y socialización: El comportamiento agresivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 15 (2-3), 131-150.
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Mercader, M., Molero, M., & García, M. (2011). Rendimiento académico y conductas antisociales y delictivas en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 11(3), 401-412.
- Plazas, E. A., Morón Cotes, M. L., Santiago, A., Sarmiento, H., Ariza-López, S. E., & Patiño, C. D. (2010). Relaciones entre iguales, conducta prosocial y género desde la educación primaria hasta la universitaria en Colombia. *Universitas Psychologica*, 9(2), 357-369.
- Raya, F. A., & Comino, M. E. (2014). Estilos educativos parentales y su relación con la socialización en adolescentes. *Apuntes de psicología*, 32(3), 271-280
- Rodríguez, A., & Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología*, 78, 7-19.
- Romero, E. (2001). El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 32(3), 25-49.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., & al., e. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 726-738
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., & al., e. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 365-373.
- Ruiz, D., García, M., Boza, J., & Zaragoza, M. (2014). *L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya*. F. d. E. d. A. i. d. E. a. l. i. l. A. (FE-DAIA).
- Sagar, S. S., Boardley, I. D., & Kavussanu, M. (2011). Fear of failure and student athletes' interpersonal antisocial behaviour in education and sport. *British Journal of Educational Psychology*, 81(3), 391-408.
- Sagar, S. S., Boardley, I. D., & Kavussanu, M. (Fear of failure and student athletes' interpersonal antisocial behaviour in education and sport). 2011. *British Journal of Educational Psychology*, 81(3), 391-408.
- Sanabria, A., & Uribe, A. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 203-218.
- Scandroglio, B., Martínez, J. M., Martín, M. J., López, J. S., Martín, A., San José, M. C., & Martín, J. M. (2002). Violencia grupal juvenil: una revisión crítica. *Psicothema*, 14, 6-15.
- Seijo, D., Mohamed, L., & Vilariño, M. (2008). Comportamiento antisocial en menores y relación con factores de riesgo de origen sociodemográfico, culturales y familiares. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 15, 22-30.
- Soutullo Esperón, C., & Mardomingo Sanz, M. d. J. (2009). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente/Manual of Child and Adolescent Psychiatry*. Ed. Médica Panamericana.
- Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D. S., & al, e. (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1048-1054.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 216-223.
- Stringaris, A., Zavos, H., Leibenluft, E., & al., e. (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry* 169, 47-54.
- Tomás, J., & Gastaminza, X. (2000). Parámetros de evaluación y

- orientación terapéutica para pacientes con trastorno de conducta (disocial). In *Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia* (Vol. Pediatría, pp. 209-229). Laertes.
- Torrubia, R., & Molinuevo, B. (2014). Trastorno de conducta y psicopatía. En L. Ezpeleta & J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 469-490). Pirámide.
- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Salud sexual en la infancia y adolescencia

Rafael Ballester Arnal¹ y M^a Dolores Gil Llario²

¹Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Jaume I de Castelló. ²Facultad de Psicología. Universitat de València

INDICE

68	Introducción
68	Abuso sexual
72	Disforia de género
75	Exposición involuntaria a pornografía en Internet
78	Sexting/sextorsion/grooming
82	Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados
85	Disfunciones sexuales
87	Uso de las apps de contactos
89	Consumo abusivo de cibersexo
93	Homofobia/Bifobia
96	Violencia de género en adolescentes (teen date violence)
98	Referencias

Introducción

El concepto de salud sexual (OMS, 2018) se extiende, tal y como ocurrió con el concepto de salud en general, más allá de la ausencia de patología hacia una perspectiva más inclusiva, que pasaría por la experiencia de un proceso pluridimensional de consecución de bienestar sexual físico, psicológico y sociocultural. Desde estos parámetros, la calidad de vida sexual tendría en cuenta el amplio abanico de manifestaciones conductuales y actitudinales que a través de las influencias socio-culturales y, en interacción con los factores biológicos, modularía aspectos tan importantes como la identidad sexual, la comunicación y el placer sexual, además de la reproducción (Cabello, 2010; Inman & Sandhu, 2002).

En el presente capítulo se ofrece una selección de los principales problemas relativos a la sexualidad a los que se enfrentan los menores. Muchos

de estos problemas tienen su origen en la adolescencia, mientras que otros se inician en la infancia y van evolucionando y adquiriendo diferente dimensión con el transcurso del tiempo si no son abordados de forma eficaz.

Abuso sexual

Descripción del problema

El abuso sexual a menores es un grave problema de salud pública común a todas las sociedades (Arboleda et al., 2011). Para definir el abuso sexual de menores debemos recurrir a dos conceptos, por un lado, la coerción, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y, por otro, la asimetría de edad o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor o la menor, e imposibilita una

actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor and Hotaling (1984) consideran una diferencia de 5 años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años o más si este tiene entre 13 y 16 años (Pereda & Abad, 2013). El abuso, definido a partir de esa diferencia en cuanto al nivel de maduración aún es más grave en las personas con discapacidad intelectual. En estos casos, a pesar de estar expuestos a mayores probabilidades de riesgo ante abusos sexuales (Martinet & Legry, 2014) reciben una menor atención social y sanitaria (Frawley & Wilson, 2016; Gil-Llario et al., 2019).

La dimensión del abuso sexual en la infancia y adolescencia ha sido y es difícil de cuantificar dado que las estadísticas oficiales lo que muestran en realidad es la capacidad de detección que tienen los profesionales de una determinada sociedad (Leventhal, 1998). Lamentablemente, los casos detectados no son representativos de la realidad de la victimización sexual infantil, puesto que no todos los casos se detectan en el momento en el que se están produciendo, sino que, generalmente, los que llegan a ser conocidos por las autoridades suelen ser aquellos más graves y los que provienen de entornos sociales más desfavorecidos (Runyan, 1998). En este sentido, los primeros estudios que se han realizado preguntando directamente a menores sobre sus experiencias, muestran porcentajes de victimización sexual muy superiores a los obtenidos a partir de las estadísticas oficiales.

El maltrato infantil, en general, ha sido más frecuente entre familias con niveles socioeconómicos

bajos (Unicef, 2012); sin embargo, en el caso del abuso sexual este dato no se corrobora (Pereda, 2016) sino que se ha podido constatar que no es exclusivo de las clases más desfavorecidas. Debe tenerse en cuenta que, aunque la presencia de otros tipos de violencia en el hogar como el maltrato físico o emocional hacia el o la menor víctima se considera un factor de riesgo, no debe olvidarse que también es frecuente que el abusador se muestre aparentemente protector y cariñoso (Levenson & Morin, 2006).

Como consecuencia de una experiencia de abuso se produce un incremento de problemas psicológicos en aproximadamente la mitad de las víctimas (González & Ortiz, 2016). A estos problemas se suman los problemas de rendimiento escolar, mayoritariamente en los y las menores de entre 13 y 17 años. Todas estas consecuencias del abuso sexual han sido ampliamente recogidas en la investigación (Hébert et al., 2006) y dan cuenta de la gravedad e importancia de este delito en el desarrollo infantil.

Epidemiología e impacto personal y social

En España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual antes de cumplir los 13 años como confirman los estudios realizados tanto en el ámbito nacional (López, 1994), como en regiones específicas (Cantón Cortés & Justicia, 2008; de Paúl & Arruabarrena, 1995; Pereda Beltran & Forns, 2007). Las cifras de prevalencia obtenidas en el estudio de López (1994) en el que se evaluó una muestra española de población general de 2000 niños, niñas y adolescentes arrojan cifras del 15,2% en los varones y del 22,5% en las mujeres. Si analizamos los escasos estudios locales, podemos ver cómo Pereda Beltran and Forns (2007), en un estudio retrospectivo encontraron que un 15,5% de los universitarios matriculados en la Universidad de Barcelona y un 19% de las universitarias mani-

festaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años. Estos porcentajes son superiores a los de otro estudio, también con estudiantes, realizado en el País Vasco (de Paúl & Arruabarrena, 1995) en el cual se hallaron tasas del 9,7% en los hombres y del 14,8% en las mujeres. Analizando conjuntamente los resultados locales y nacionales publicados podríamos decir que entre un 9,7% y un 15,5% de los chicos ha sido víctima de abuso sexual mientras que en el caso de las chicas las cifras estarían entre un 14,8% y un 22,5%.

Estos datos coinciden con los obtenidos en el resto del mundo. Así, Stoltenborgh et al. (2011), analizando 217 trabajos publicados entre 1980 y 2008 y relativos a países de los cinco continentes, muestran un porcentaje de victimización sexual que afecta a un 7,6% de los varones y a un 18,0% de las mujeres a lo largo de su infancia. En una revisión más reciente, Barth et al. (2014) analizando 55 estudios publicados entre 2002 y 2009, con muestras de 24 países encuentran que un 8% de los varones y un 15% de las mujeres han sido víctimas de abusos sexuales.

Estos porcentajes genéricos, varían cuando se tiene en cuenta el origen de la muestra analizada, siendo muy superiores entre los jóvenes de zonas sociales problemáticas (Játiva & Cerezo, 2014), que han cometido algún delito y se encuentran en el sistema de justicia juvenil (Pereda et al., 2015b), que tienen problemas de salud mental (Pereda et al., 2015a) o que están bajo el sistema de protección (Segura et al., 2015). Una mención especial merece las personas con discapacidad intelectual, cuya prevalencia en el contexto español ascendería a un 20% (Gil-Llario et al., 2018). En esta línea, algunos autores afirman que las personas con discapacidad intelectual tendrían un 4.6% más de riesgo de sufrir dichos abusos que las personas sin discapacidad intelectual (Jones et al., 2012). Las cifras de prevalencia del abuso sexual en la pobla-

ción española con discapacidad intelectual han sido recogidas en un reciente estudio de metanálisis internacional en el que se muestra que el promedio alcanza cifras aún superiores, llegando al 32,9% en personas adultas (Tomsa et al., 2021).

Por lo que se refiere al impacto del problema, la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual en la infancia, conlleva el posible desarrollo de múltiples problemas emocionales, sociales, conductuales y físicos (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). La naturaleza de dichos problemas depende, entre otros muchos factores, del momento evolutivo en el que se encuentra la víctima. Algunas de las variables que pueden explicar la gravedad de la sintomatología, como ya se ha comentado, son las características del abuso, agresor y víctima. Sin embargo, al no poder ser objeto de intervención, su utilidad clínica es muy limitada. Debido a ello, los factores ambientales, y especialmente, las variables cognitivas de la víctima que correlacionan con la resiliencia (estrategias de afrontamiento, atribuciones de responsabilidad, sentimientos provocados por el abuso y el estilo de apego) resultan de mayor utilidad para diseñar una intervención eficaz. Concretamente, la sustitución, en cuanto al afrontamiento, de estrategias de evitación por estrategias de aproximación; la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia, y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso (Cantón-Cortés & Cortés, 2015).

El abuso sexual infantil se ha vinculado a diversa psicopatología, así como a sintomatología clínica y malestar psicológico general (Beldarrain, 2015). Entre las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil destaca la depresión (Wells et al., 2014), la ansiedad (Berthelot et al., 2014), la tendencia suicida (Jakubczyk et al., 2014), la agresividad (Harford et al., 2014), el abuso de sustancias (Retz-

Junginger et al., 2014), el juego patológico (Hayatbakhsh et al., 2013) y los trastornos de conducta alimentaria (Moulton et al., 2015). Además, esta experiencia de abuso podría facilitar la aparición de disfunciones sexuales, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados (Holliday et al., 2017), relacionándose también con el abuso del cibersexo (Schwartz & Southern, 2000).

Por último, los menores que han sido víctimas de abuso también muestran problemas de rendimiento escolar, así como alteraciones comportamentales y emocionales. Sin embargo, estas alteraciones se manifiestan diferencialmente según la edad de las víctimas: mientras que en los adolescentes (13-17 años) se produce un mayor número de alteraciones emocionales (Parent-Boursier & Hébert, 2015), en los niños más pequeños (4 a 8 años) aparece un mayor número de conductas sexualizadas (González & Ortiz, 2016). Estas diferencias podrían explicarse por la mejor y mayor comprensión de la ilicitud del abuso entre los adolescentes y la significación que el abuso adquiere sobre su sexualidad. Los problemas que experimentan en el contexto escolar secundarios al abuso sexual se relacionan de manera directa con las dificultades que encuentran estos niños para relacionarse con los compañeros. Los problemas de empatía, la tendencia a experimentar emociones negativas, la reactividad emocional, la mayor percepción de hostilidad en los otros, el comportamiento impulsivo, las limitaciones en los dominios intelectuales y la mayor probabilidad de ejercer violencia en la vida adulta demuestran un trastorno del desarrollo de tipo biopsicosocial, puesto que el abuso ha provocado que las habilidades psicosociales no se desarrollen en condiciones óptimas, condicionando la capacidad de adaptación y el desempeño actual y futuro (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017).

Factores de riesgo y protección

Desde una aproximación ecológica (Bronfenbrenner, 1979) es posible identificar factores de riesgo tanto de tipo personal como procedentes de los diferentes sistemas o contextos más o menos inmediatos (p.ej., familia, sociedad, cultura) que inciden sobre la presencia y desarrollo del abuso sexual infantil (González & Ortiz, 2016). En lo referente a las variables personales y a las procedentes de los entornos más próximos al niño o la niña, la investigación ha señalado que las chicas presentan un mayor riesgo que los chicos de sufrir abusos sexuales, tal y como demuestra la mayor incidencia de abuso entre las niñas (Barth et al., 2014; Finkelhor et al., 2014; Pereda et al., 2009). Además, éstas suelen sufrir con mayor frecuencia abusos sexuales intrafamiliares frente a los abusos sexuales extrafamiliares, más frecuentes entre los varones (Finkelhor, 1994). En cuanto a la edad, la mayor prevalencia de abusos documentada está entre los 6-7 años y los 12-13 años, por lo que estas edades se consideran un grupo de riesgo (López, 1994). Según han informado los propios agresores en algunas investigaciones, los y las menores introvertidos, aislados, con pocos amigos y carentes de fuentes que les proporcionen afecto en su entorno presentan una mayor probabilidad de ser abusados/as (Gallagher, 2000; Shakeshaft, 2004).

A nivel familiar, la investigación ha constatado variables de riesgo relativas tanto a la estructura como a la dinámica de las familias. Entre las primeras, se han señalado la convivencia con una figura masculina sin vínculo de parentesco o con familia extensa (Black et al., 2001), además de ser hijo o hija de madre menor de edad en el momento del nacimiento (Lee & Goerge, 1999). En relación con las variables relativas a la dinámica familiar, las relaciones maritales insatisfactorias o violencia familiar (Black et al.,

2001; Bowen, 2000) o, los roles parentales difusos, ausentes o desdibujados (Alexander, 1992) han demostrado ser de riesgo para la victimización sexual infantil.

También se han hallado factores ligados a la historia familiar como la presencia de enfermedad mental en uno de los progenitores (Walsh et al., 2002), los antecedentes familiares de consumo de sustancias, la presencia de graves conflictos entre miembros de la familia (Pons-Salvador et al., 2006) o la historia de abuso sexual infantil o maltrato en las figuras parentales (Maida et al., 2005; Whitaker et al., 2008).

Por último, factores psicosociales como la pobreza (Matta Oshima et al., 2014) y culturales como la legitimación de la violencia a los menores, parentalidad autoritaria, mitos o creencias erróneas sobre el abuso, y desconocimiento de las necesidades y derechos de los menores son también facilitadores del abuso infantil.

Las investigaciones que se han revisado tienen una serie de limitaciones que impiden concluir que el abuso sexual infantil tenga un efecto idéntico en todos los menores que lo padecen. Algunas variables, como el tipo de abuso, la edad del menor, la duración/cronicidad del abuso y el sexo de la víctima, son moduladoras de las diferencias individuales (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011). De entre los factores de protección más relevantes cabe destacar los vínculos de apego así como el grado en que los miembros de la familia sean eficaces en su función de protección del menor frente a potenciales abusadores. Estos factores amortiguan y/o permiten compensar las carencias y secuelas físicas y psicológicas de las que ha sido víctima el menor al dar una rápida respuesta al abuso en cuanto es detectado apoyando de forma eficaz en el proceso de superación del trauma (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017).

Disforia de género

Descripción del problema

La transexualidad es un fenómeno antiguo frecuente en múltiples culturas. Este término fue utilizado por primera vez en 1940 para hacer referencia a los individuos que deseaban vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, existiendo una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que sentían pertenecer. Pero en 1973, aparece un nuevo término, “disforia de género”, que incluye el transexualismo y otros problemas de identidad de género, y designa la insatisfacción que resulta del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. Poco más tarde, en 1980, se incluye al “transexualismo” dentro del DSM-III. Un término que con el fin de lograr la despatologización del fenómeno es abandonado y sustituido por “trastorno de identidad de género” en el DSM-IV y por “disforia de identidad de género” en el DSM-5 (Sánchez et al., 2017).

La disforia de género es entendida en dos sentidos: por un lado, como la incongruencia entre el “yo sexual” sentido y el sexo y la asignación de género recibida en el nacimiento. Por otro, cumpliendo esta primera condición o no, incongruencia entre la identidad de género personal (en cuanto construcción social de masculinidad o feminidad y roles asignados), y la identidad de género que de él o ella se espera. Ambas incongruencias, juntas o por separado provocan malestar o disforia en grados muy diversos (López, 2018).

En el DSM-5 se minimiza el peso del dimorfismo del sexo concediéndose un mayor peso al género, pero sin definirlo expresamente y sin aclarar si se interpreta como resultado de una interacción entre factores biológicos y sociales o una construcción solo social (López, 2018). En esta última edición del manual de la APA ya no se habla de un “trastorno”

y no son una condición necesaria los indicadores de sexo. Normalmente, los indicadores de género son predominantes en la etapa infantil, mientras que los de sexo adquieren más peso en la pubertad y adolescencia.

La adquisición de la identidad sexual y el género tiene su origen ya en el primer año de vida, momento en que los menores adquieren conciencia de que hay dos tipos de personas: los hombres y las mujeres. Lo hacen basándose en los signos convencionales del rol (vestido vs pantalón, pelo largo vs pelo corto, etc.) y en las diferencias anatómicas (tamaño de mamas, presencia vs ausencia de pene, etc.), así como en los múltiples indicadores, tales como el lenguaje sexuado, que les van aportando sus cuidadores. Sobre los 2 años pueden autoclasificarse como pertenecientes a uno u otro grupo: por ejemplo, “soy chico, como mi padre, y hago las cosas que hacen los hombres”; “soy chica como mi madre y hago las cosas que hacen las mujeres”. Pero hasta los 6 años no están completamente convencidos de que “las cosas” de un género y del otro sean inmodificables pudiendo pensar que de mayores serán del otro sexo, es decir, que el sexo puede cambiar. Pero a partir de ese momento son conscientes de que su identidad sexual no cambiará con el tiempo. Es decir, no es hasta los 6-7 años cuando se considera más estabilizada y siempre de acuerdo a 3 componentes, la “etiqueta de género” (realidad de ser niño o niña), “estabilidad del género” (sentimiento de que este género no va a cambiar con el tiempo) y “consistencia del género” (sentimiento de estabilidad independientemente de la apariencia física) (Gil-Llario & Meléndez, 2006). La identidad de género se irá afianzando si este proceso ocurre de forma adecuada y siempre muy relacionado con el entorno afectivo y la autoestima del menor (Esteva et al., 2015).

Llegados a este punto en muchos casos existe coherencia entre el sexo biológico y la identidad sexual; pero en otros, cuando no hay congruencia se inicia la disforia de género, es decir, la incomodidad derivada de la incongruencia percibida entre sus genitales, con los roles, expectativas, etc. asociadas a su sexo biológico, y su identidad sexual sentida.

En sintonía con esta conceptualización, en el DSM-5 ya no se habla de “trastorno de la identidad sexual” sino de “disforia de género” y en los y las adolescentes, no es necesario el rechazo explícito de su anatomía corporal, aunque el malestar con el sexo adquiere más importancia diagnóstica que en los prepúberes. El cambio en los criterios ha venido acompañado de un cambio en las medidas y respuestas profesionales e incluso en los criterios para hormonarse y hacer operaciones quirúrgicas. Pero los y las adolescentes pueden desear cambiar su cuerpo, es decir, reasignarse para adquirir un cuerpo más acorde a su identidad, reduciendo de ese modo su malestar; o bien, poniendo el acento en la disarmonía en cuanto al género, reclamar la pertenencia o adscripción a otro género sin demandar cambios de sexo (Ballester-Arnal, 2020).

Epidemiología e impacto personal y social

Carecemos de datos fiables sobre transexuales adultos, incluso cuando el concepto era más restrictivo y se centraba en la incongruencia anatómica y la conciencia del yo. En el caso de los menores, las estadísticas son aún más imprecisas porque (a) los prepúberes pueden oscilar (antes de los 5 años estas oscilaciones pueden considerarse evolutivas), (b) los indicadores de más peso no son los anatómicos, se siguen basando en el género binario (c) con frecuencia no mantienen la persistencia posterior pudiendo evolucionar y dejar de sentir malestar y rechazo con su cuerpo sexuado y género asignado, o pueden acabar definiéndose

como homosexuales o bisexuales en la adolescencia o vida adulta, travestis, etc. (López, 2018). Pero, en general, se ha detectado un aumento de casos, triplicándose los menores que solicitan atención (Asenjo-Araque et al., 2015). En un estudio reciente llevado a cabo por Fernández-García et al. (2018) en el que analizaron 7 estudios sobre prevalencia, se recoge el incremento sustancial de casos de transexualidad infantil y adolescente en las dos últimas décadas, así como un aumento progresivo de la prevalencia a medida que aumenta la edad. Al mismo tiempo, aunque las estimaciones varían, coinciden en una mayor incidencia de transexuales femeninos frente a masculinos. No obstante, se desconoce hasta qué punto este aumento de las derivaciones de menores a servicios especializados responde a un incremento real en la prevalencia, o simplemente refleja una mayor disposición de los jóvenes a “salir del armario” influenciados por los medios sociales (blogs y sitios web) y movimientos asociativos que les ayudan en sus reivindicaciones (Wood et al., 2013).

En nuestro contexto contamos con estimaciones realizadas a partir de las demandas efectuadas en las Unidades Asistenciales (Esteva et al., 2015) según las cuales el número se elevaría a 5.187 hasta 2016, siendo el 10% menores de 17 años, con un incremento a partir de 2010.

Las estadísticas son especialmente difíciles en el periodo prepuberal y aún durante la pubertad, por lo que no estamos en condiciones de ofrecer datos fiables sobre prevalencia en la población de la disforia de género. Existen algunas estadísticas (Hurtado-Murillo, 2015) sobre la persistencia de la disforia de género desde la infancia, pero se han realizado con muestras pequeñas. En estudios holandeses, la persistencia se sitúa entre 27% y 55%, en uno australiano, en el 81% y en uno madrileño en el 95%. El Grupo español GIDSEEN cifra la persistencia entre el 80 y 95%.

En la línea de lo comentado anteriormente, el impacto del problema en la esfera personal y social es elevadísimo (Ballester-Arnal et al., 2018; Bergero et al., 2012). En población infanto-juvenil resulta fundamental el apoyo en el entorno social del menor o la menor. El principal pilar en el abordaje de la disforia de género es la familia. Tener un hijo/a con disforia de género puede suponer inicialmente un impacto en el ámbito familiar y es importante dar soporte e información para ayudar a comprender la situación de disforia del menor o la menor y así conseguir la implicación de las familias en el proceso de cambio (Basterra Gortari & Ruiz Ruiz, 2016).

Pero el impacto personal, más allá de las implicaciones sociales, en sí mismo puede ser también muy elevado. Para enfrentarse a esto, muchos ya hacen la transición social antes de que comience cualquier tratamiento, pero los y las jóvenes más ansiosos a menudo prefieren esperar hasta que el tratamiento hormonal entre sexos comience realmente. Si no hacen la transición mientras usan hormonas de sexo cruzado y desarrollan características sexuales que no coinciden con su género social, se pueden crear situaciones sociales incómodas. Vivir en el rol deseado suele llamarse la «experiencia de la vida real». La idea subyacente de esta fase es que los y las solicitantes deberían tener una amplia oportunidad para apreciar en fantasía o in vivo las consecuencias familiares, interpersonales, educativas y legales de su transición social (Cohen-Kettenis & Klink, 2015).

Factores de riesgo y protección

La vivencia de la disforia de género puede ser muy diferente según el contexto en el que se desarrolle la persona, por lo que el apoyo familiar y social es decisivo (Moody y Smith, 2013). Así, cuando el individuo se desarrolla en un contexto caracterizado por el conflicto familiar debido a la

no aceptación del problema, el malestar es elevado y puede suponer el rechazo al hijo o hija, la aplicación de disciplina autoritaria y rígida, los insultos, etc. pudiendo llegar al maltrato por parte de los padres e incluso a la huida de casa (DiStefano, 2008).

Algo semejante puede ocurrir en el grupo de iguales (Taliaferro et al., 2018). La estigmatización caracterizada por acosos, vejaciones, etc., tanto en el contexto escolar como en el barrio pueden traer como consecuencia el aislamiento cuando no las agresiones y otras manifestaciones de transfobia (conducta discriminatoria o intolerante hacia las personas transgénero) (Clark, et al., 2014; Perez-Brumer et al., 2017). El rechazo puede provenir de organizaciones infantiles o juveniles lúdicas, culturales o deportivas, ya sea de la institución, de sus profesionales o de los compañeros.

A estos factores de tipo social se unen la vivencia personal de malestar (mental, emocional y conductual) con la anatomía, que puede llegar a producir rechazos, deseo y exigencia de cambio, ocultamientos, no querer ver o acariciar sus genitales, etc. (Claes, et al., 2015). Y unido a esto, cada persona experimenta en mayor o menor grado malestar con las representaciones sociales consideradas propias de los géneros: masculinidad y feminidad, formas de vestir, juguetes, juegos, compañía preferente, etc. En unos casos las características del otro sexo le son muy atractivas, mientras en otros rechazan el género binario optando por otras alternativas (DiStefano, 2008).

Por todo lo cual, la sintomatología clínica puede ser muy diversa: ansiedad, depresión, ideas de suicidio, aislamiento social, dificultades en las relaciones sexuales y amorosas, absentismo escolar, huída de casa, etc. (Arcelus et al., 2016; Bostwick et al., 2010; Claes, et al., 2015). En un reciente estudio de Gil-Llario, Fernández-García et al. (2020) llevado a cabo con 172 personas transexuales (58,7% muje-

res trans y 41,3% hombres trans) mayores de 18 años se halló una tasa de ideación suicida del 61% y en el 56.2% de los casos la ideación suicida actuó como precursor de intentos de suicidio. La pérdida de amigos/as, la expulsión del hogar, las autolesiones no suicidas y la victimización por razón de género también se identificaron como factores precursores del suicidio.

En sentido inverso, un buen apoyo familiar y social se convierte en factor de protección frente a esta sintomatología. Se sabe que un buen soporte sociofamiliar mejora a corto, medio y largo plazo, el funcionamiento psicoemocional de la persona con disforia de género. Por ello, durante el abordaje de la disforia de género las unidades de atención tratan de coordinarse con los centros académicos para asegurar la integración del menor y manejar situaciones de transfobia en caso de que se produzcan (Basterra Gortari & Ruiz Ruiz, 2016).

Exposición involuntaria a pornografía en Internet

Descripción del problema

La irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y su consolidación progresiva en los últimos años ha cambiado el modo de socializarse de niños y adolescentes ya nacidos/as en este nuevo contexto tecnológico. El Instituto Nacional de Estadística (2018) evidencia que un 95,1% de menores tienen acceso a Internet. La disponibilidad de móviles se incrementa significativamente a partir de los 10 años hasta alcanzar el 94% en la población de 15 años. A los 10 años disponen de móvil propio el 25%, el 45,2% a los 11 años, el 75% a los 12 años, el 83,2% a los 13 años y el 92,8% a los 14 años.

Esta expansión en el uso de estos dispositivos se da en el contexto de un escaso control parental y una deficiente educación en habilidades de au-

toprotección online. Según el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), la mayoría de niños y adolescentes españoles accede a Internet solos en su propia habitación o bien desde un teléfono propio sin que sus progenitores ejerzan control alguno. En este sentido, el 22% de los menores afirma que sus padres no hablan con ellos sobre lo que hacen en Internet, al 31% no les dicen qué hacer si algo les molesta en Internet y la gran mayoría no tiene instalado ningún programa de control parental en el ordenador (75%) ni en el smartphone (87%).

Estudios recientes como el de Gómez et al. (2017), señalan que entre los riesgos más destacados de esta facilidad con la que nuestros niños acceden a Internet se encuentra el sexting, el ciberbullying, el grooming, el uso inadecuado de las apps y el abuso del cibersexo (aspectos que se comentarán en otros apartados de este informe), pero también y de manera muy importante la exposición involuntaria a la pornografía por parte de menores, que comentamos en primer lugar porque es el riesgo que aparece en una edad más temprana.

En efecto, la pornografía es uno de los contenidos más populares en Internet, representando alrededor del 13% de las búsquedas globales (Ogas & Gaddam, 2011) y el 35% del total de las descargas (Misra, 2014). Según las estadísticas anuales publicadas por Pornhub (uno de los portales pornográficos más conocidos de Internet), esta página recibe 28,5 billones de visitas al año y transfiere alrededor de 3,732 petabytes (118 Gb de pornografía por segundo) (Pornhub, 2018). Tal cantidad de pornografía diseminada en la red supone que cualquier persona, pueda acceder a estos contenidos en apenas unos segundos. Por otro lado, también dificulta que la pornografía quede acotada a portales concretos, de modo que acaba diseminada en páginas de contenido generalista; así, no es infrecuente que mientras se navega por Internet, aparezcan pop ups (ventanas

emergentes) que muestran contenidos explícitos o bien imágenes sugerentes que nos redireccionan a páginas de contenido sexual sin haberlas buscado. A este último fenómeno se le ha llamado «exposición involuntaria», y se produce cuando “mientras una persona realiza una búsqueda online, navega o mira su correo, siempre y cuando no busque voluntariamente material sexual, es expuesta a imágenes de personas desnudas o manteniendo relaciones” (Mitchell et al., 2003).

Epidemiología e impacto personal y social

Los escasos estudios existentes sobre la exposición de los menores a la pornografía online muestran porcentajes alarmantes: el 42% de los menores estadounidenses de entre 10-17 años (Wolak et al., 2007); el 57% de los ingleses y las inglesas de entre 9-19 años (Livingstone & Bober, 2005); el 47% de los alemanes y las alemanas de entre 13-18 años (Peter & Valkenburg, 2006), y el 27% de los y las croatas de entre 10-16 años (Flander et al., 2009) han estado expuestos a pornografía sin haberlo buscado. En 2011, se estimaba que el 23% de los niños y niñas europeos/as de entre 9 y 16 años había visto en alguna ocasión pornografía en Internet (36% en el tramo de edad de los 15 a los 16).

La serie de estudios que mejor ha estimado la prevalencia de la exposición involuntaria a pornografía online y su evolución es la elaborada por L. M. Jones et al. (2012) en EEUU. Estos autores realizaron tres series temporales (2000, 2005 y 2010) de un estudio donde evaluaban distintos aspectos de la exposición involuntaria. En cada serie tomaron 1500 chicos y chicas de entre 10 y 17 años. La conclusión a la que llegaron era que, si bien el porcentaje de niños/as y adolescentes que habían recibido solicitudes sexuales indeseadas se había reducido entre 2000 y 2010 del 19 al 9%, el porcentaje de exposición involuntaria a pornografía se

mantenía estable alrededor del 23% y aumentaba el acoso sexual online (del 6% al 11%). La franja de edad donde se producía la exposición involuntaria con mayor frecuencia era entre los 15 y los 17 años.

En España, los estudios indican que alrededor de un tercio de niños entre 10-17 años ha accedido a contenidos sexuales online (Acción contra la Pornografía Infantil, 2002; INTECO, 2009). En 2010, el 11% de niños entre 9-16 años dijo haber visto imágenes sexuales online en el último año (Garmendia et al., 2011) y un 61% de universitarios dijo haber comenzado a visitar webs pornográficas cuando tenían entre 11-18 años (Labay Matías et al., 2011). En el estudio de Ballester Arnal et al. (2011), el 27,3% de niños de 15 años decía haber tropezado con material sexual que llegaría a poder considerarse ilegal en Internet. González-Ortega y Orgaz-Baz (2013), encontraron que un 63% de chicos y un 30% de chicas presenciaron pornografía online durante su adolescencia. Con mayor probabilidad los chicos informaron de un consumo deliberado para buscar excitación sexual mientras que las chicas recordaron haber sido expuestas involuntariamente. De nuevo, un estudio de Ballester Arnal et al. (2014) encontró entre niños de 14 a 16 años que el 88,8% decían haber sido expuestos involuntariamente al menos en alguna ocasión a pornografía en Internet. Y más recientemente, el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016) hablaba de un 58% de menores entre 9 y 16 años, que decía haber visto imágenes sexuales (tanto online como offline), cifra que llama la atención dado que ante esta misma pregunta el porcentaje fue del 14% en 2010, lo que indica que podemos estar ante un fenómeno creciente.

A la hora de hablar de impacto de la exposición a la pornografía, es importante distinguir entre búsquedas voluntarias e intencionadas de pornografía y exposición involuntaria, ya que sus consecuencias para el desarrollo psicosexual de niños y ado-

lescentes tienen un impacto diferencial (Ballester Arnal et al., 2014; Flood, 2007). Para algunos autores (Boies et al., 2004), la exposición voluntaria únicamente suele suponer un perjuicio cuando su uso sobreviene abusivo.

Sin embargo, la exposición involuntaria sería la que supondría un impacto mayor a corto plazo, ya que suele provocar sensaciones de asco, disgusto, repulsión, vergüenza y shock (Aisbett, 2001). Por ello, los niños, las niñas y los/as adolescentes suelen reaccionar a la exposición tratando de eliminar el contenido de sus ordenadores (Mitchell et al., 2003). Por otro lado, según algunos autores (Owens et al., 2012), también puede potencialmente provocar consecuencias a más largo plazo con la aparición de ciertos síntomas (ansiedad, estado de ánimo decaído o revivencia del suceso) que suelen remitir pasado un periodo razonable de tiempo, y podría fomentar valores y creencias sexuales erróneas, actitudes sexuales excesivamente permisivas, preocupaciones sexuales, estilos sexuales más abiertos (promiscuidad sexual, edad de inicio en las relaciones sexuales excesivamente temprana, etc.), reacciones emocionales intensas (ansiedad, depresión, síntomas de TEPT) o un pobre autoconcepto.

En España, Ballester Arnal et al. (2014) hallaron que, de entre los niños de 14 a 16 años que habían sido expuestos involuntariamente a material sexual en Internet antes de haber buscado nunca material de manera voluntaria, un 50% cerró inmediatamente la ventana, un 47,2% eliminó inmediatamente dicho material y sólo un 2,8% avisó a un adulto. En cuanto a las reacciones emocionales, un 47,2% sintió sorpresa, un 30,6% confusión, un 22,2% asco y un 13,9% enfado y preocupación. A largo plazo, el 27,8% dijo tener dificultad para recordar los detalles, el 22,2% evitar cualquier cosa que les recordase a lo que habían visto, el 16,7% fantasear sexualmente con imágenes que les parecían poco

habituales y el 13,9% haberle cogido cierta aversión al sexo.

De cualquier forma, habida cuenta de la tendencia creciente a que menores cada vez más jóvenes se encuentren expuestos involuntariamente a pornografía en Internet, resulta urgente incrementar la investigación acerca del impacto de este fenómeno en la salud sexual y emocional de los niños y cuáles pueden ser los factores moduladores del efecto que puede producir en ellos.

Factores de riesgo y protección

La literatura científica sobre los factores de riesgo y de protección ante los efectos que la exposición involuntaria a pornografía en Internet puede tener sobre la salud sexual y emocional de niños, niñas y adolescentes es escasa. En nuestro país, tan solo unos pocos estudios hablan de factores que podrían ser moduladores de los efectos a corto plazo de la exposición involuntaria. Así, sabemos que las chicas suelen sentirse más molestas ante el visionado de este material que los chicos, y los de menor edad más molestos que los mayores (Garmendia Larrañaga et al., 2016). Por otro lado, una variable cuyo papel modulador resulta interesante es el hecho de que los niños o adolescentes hayan buscado anteriormente de manera voluntaria material sexual en Internet. Así Ballester-Arnal et al. (2014) encontraron entre menores de 14 a 16 años que los pre-expuestos voluntariamente a material sexual en Internet no sólo experimentaron menos síntomas a consecuencia de la exposición involuntaria, sino que además parecían extraer aspectos positivos de ésta. Concretamente un 8,8% de los no pre-expuestos consideraba que había sido una experiencia traumática, frente al 3,2% de los que ya habían realizado una búsqueda voluntaria de pornografía. Y sólo un 19,4% de los primeros consideraba que le había aportado algo positivo, frente al 58,7% de los

segundos. También Thornburgh and Lin (2002) encontraron que los adolescentes expuestos voluntariamente a pornografía (sobre todo los chicos) se veían menos afectados cuando involuntariamente se topaban con contenidos sexuales.

Poco o nada sabemos de las variables de personalidad que pueden modular los efectos de la exposición involuntaria a la pornografía. Pero no cabe duda de que el mayor papel protector que puede existir es una buena educación sexual previa, de manera que cuando el o la menor se encuentra con este tipo de materiales, sepa encajarlos en un marco o en un contexto de relaciones sexuales saludables y no sexistas, donde no quepan las imposiciones ni una imagen de la mujer reducida a un mero objeto al servicio del placer masculino.

Sexting/sextorsion/grooming

Descripción del problema

Los niños y adolescentes han crecido en una sociedad tecnológica por lo que a la socialización tradicional debemos añadir la “cibersocialización” (Pérez Bonet, 2010). Internet posibilita la creación de grupos y conectarse o dialogar con varias personas a la vez; estas personas pueden ser miembros del entorno cercano, pero también desconocidos con los que se contacta a través de distintas aplicaciones y que pasan a formar parte de lo que se conoce como “entorno social digital”.

Eu Kids Online (Garmendia et al., 2011) ya mostraba en el año 2010, a pesar de que la edad legal para tener perfiles en redes sociales es de 14 años, que el 40% de los menores españoles entre 9 y 13 años tenían alguno. Más recientemente, el informe Net Children Go Mobile (Garmendia et al., 2016), confirma que el 15% de niños de 9-10 años ya tiene algún perfil en las redes sociales, y aumenta con el 35% de los que tienen 11-12 años y el 53% de los

que tienen 13-14 años. A los 15-16 años, el porcentaje se dispara al 83%.

La relevancia de las redes sociales ha provocado que, en ocasiones, pertenecer o no pertenecer a una red social deje de ser una opción en los niños y adolescentes, para convertirse en una obligación, una necesidad para poder estar en contacto con los amigos, dado que gran parte de la vida social ya no sucede por completo en un escenario físico sino virtual (Gandasegui, 2011). Pero la participación en redes sociales puede poner a éstos en situaciones de vulnerabilidad tanto en la realidad virtual como en el espacio real dado que se comparten datos personales como imágenes, vídeos, intereses, etc., con una total despreocupación de lo que se haga con esa información (Bernete, 2009).

En este contexto, el término anglosajón “sexting” resulta de la combinación de “sex” (sexo) y “texting” (envío de mensajes de texto) y se utilizó por primera vez en 2005 en Reino Unido (Garner, 2011). Se define como la creación, difusión, recepción e intercambio de textos o imágenes de personas desnudas, casi desnudas o en posados con contenido erótico y sexual con la finalidad de despertar en la persona receptora atracción o deseo sexual (Martínez Otero, 2014). Este intercambio de material sexual suele llevarse a cabo a través de medios electrónicos, principalmente entre teléfonos móviles (Klettke et al., 2014).

El sexting consiste en un fenómeno caracterizado por una serie de particularidades que influyen en el daño potencial que recibe el o la protagonista (INTECO, 2011; Martínez Otero, 2014; Ringrose et al., 2012). La primera de las particularidades es (1) el carácter sexual y/o erótico de los contenidos. La segunda hace referencia (2) al origen del contenido erótico sexual, pudiendo ser de producción propia o ajena, así como, protagonizado por la persona que realiza el sext o por otras

personas. Este aspecto está intrínsecamente relacionado con la siguiente peculiaridad, que se refiere (3) a la posibilidad de identificar a los protagonistas del vídeo, fotografía o texto erótico sexual, aspecto clave por lo que respecta a las posibles consecuencias negativas del sexting. Otra característica es (4) la edad de las personas implicadas. El consumo de sexting parece ser mayor entre los jóvenes que entre los adolescentes (Klettke et al., 2014), si bien las consecuencias pueden ser más graves en los segundos. También (5) la voluntariedad es una peculiaridad relevante ya que se asume que son las propias personas, sean menores o adultas, las que producen ese contenido sexual en sus diversas manifestaciones de forma voluntaria siendo responsables del primer paso en su difusión. Sin embargo, esta voluntariedad inicial de las personas para practicar sexting se cuestiona con los hallazgos de diversos estudios que han podido identificar niveles de presión importantes para crear y difundir contenidos sexuales por parte de la pareja afectiva (Choi et al., 2016). Por lo cual, la práctica de sexting en las parejas de adolescentes, puede derivar en un conjunto de ciberagresiones, inicialmente a través de la presión para realizar sexting y posteriormente a través del chantaje y la manipulación de la pareja con los fines ilícitos que el ciberagresor/a quiera conseguir. En estrecha relación encontramos la particularidad referida al (6) consentimiento tanto en la producción de los contenidos, como en su difusión ya que de no ser así las implicaciones legales serían muy diferentes. Y también en relación con esto, está la última característica relacionada con (7) la naturaleza privada y casera, pues se presupone que cuando alguien escribe un texto, se saca una fotografía o produce un vídeo con contenido sexual, se hace de forma privada para enviársela a una persona o personas determinadas (Gil-Llario et al., 2019).

Epidemiología e impacto personal y social

Datos recientes extraídos de diferentes estudios, con un total de 110.380 participantes, adolescentes en su mayoría, pero también niños, revelan una prevalencia media para enviar y recibir sexts de 14,8% y 27,4% respectivamente, así como del 12% para el reenvío de sexts sin consentimiento (Madigan et al., 2018). Estas prevalencias tienden a aumentar con el tiempo y la edad encontrándonos con cifras más elevadas en investigaciones llevadas a cabo recientemente y en jóvenes mayores (Cooper et al., 2016; Gregg et al., 2018; Madigan et al., 2018).

Esta misma tendencia es observada en los datos disponibles en España. Inicialmente, un 4% de los menores entre 10 y 16 años admitía haberse hecho a sí mismos fotos o vídeos en postura sexy utilizando el teléfono móvil. Y un 8,1% declaraba haber recibido en su teléfono móvil imágenes o vídeos de personas conocidas en postura sexy (Pérez et al., 2010). Posteriormente, el estudio de Garmendia (2012) mostró una prevalencia del 9% en cuanto a la recepción de mensajes sexuales online en niños/as de 11 a 16 años. El informe Net Children Go Mobile (Garmendia et al., 2016) nos dice que un 31% de niños entre 9-16 años ha recibido mensajes sexuales, cifra bastante mayor que el 9% obtenido en el año 2010. Por lo que respecta a la adolescencia en 2018 la práctica de sexting se cifraba en un 13,3% (Iglesias-Campos et al., 2018), y en apenas dos años la cifra había ascendido al 24,4% (Gil-Llario, Morell-Mengual, Giménez-García et al., 2020). Es decir, una cuarta parte de los adolescentes españoles han practicado sexting en alguna ocasión realizando esta conducta con una media de 2,32 personas (Gil-Llario, Morell-Mengual, Giménez-García et al., 2020).

Se trata de un fenómeno que se inicia de forma temprana y cuya importancia va aumentando con la edad. Gámez-Guadix et al. (2017) encontraron

una prevalencia del 3,4% a los 12 años que llegaba al 36,1% a los 17 años. Por lo que se refiere al género, los estudios indican que los chicos son más propensos a participar en el sexting que las chicas (Strassberg et al., 2013). Ringrose et al. (2012) encontraron que los chicos desempeñan el rol activo en el proceso, pues solicitan, almacenan y distribuyen los sexts de las chicas y los utilizan como una mercancía o moneda para obtener algo a cambio. En cambio, las chicas suelen desempeñar el rol pasivo, produciendo los contenidos de sexting para el consumo masculino. Esta información va en la línea de los datos de prevalencia obtenidos en función del género tanto para el envío (18% chicos; 21,2% chicas) como recepción (58,5% chicos; 51,7% chicas) de sexts, mostrándose mayores porcentajes para el envío de sexts en las chicas y recepción en los chicos (Gil-Llario et al., 2018).

Respecto a las actitudes hacia el sexting, cabe mencionar que algunas actitudes positivas hacia el sexting, como por ejemplo considerarlo divertido (14%) y excitante (49%), aparecen sobre todo entre los chicos, mientras que tanto chicos como chicas lo consideran como una parte del propio flirteo (61%) (Gil-Llario et al., 2018; Rodríguez-Castro et al., 2017). No obstante, además de actitudes positivas, los adolescentes muestran actitudes negativas hacia esta práctica al reconocerla como peligrosa (67%) e inmoral (40%).

Por lo que se refiere al impacto del problema en las esferas personal y social, la práctica de sexting se asocia a otros problemas como el bullying o cyberbullying, el cyberstalking (ciberacoso) (Livingstone & Smith, 2014) y los fenómenos derivados de diferentes formas de sextorsión como son el grooming y la teen dating violence (Gil-Llario et al., 2019). En esta línea, estudios como los de Choi et al. (2016) señalan que son las chicas las más afectadas respecto a las consecuencias derivadas del comportamiento de sexting que van desde las

amenazas, el chantaje y la coerción, hasta la violencia sexual y digital. Veamos cada uno de estos aspectos.

El informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), denuncia que un 31% de los y las menores entre 9 y 16 años han sufrido *bullying* online u offline (en ocasiones como consecuencia del sexting), una cifra superior al 15% del año 2010.

El término *sextorsión*, por su parte, hace referencia a la extorsión para enviar contenidos sexuales o después de enviarlos, bajo la amenaza de difundir los sexts de la víctima u otra intimidación similar. Es una forma de explotación sexual que no se da exclusivamente en las parejas adolescentes (Ouytsel et al., 2017), y que además puede aparecer entrelazada con otros fenómenos como por ejemplo el grooming (Almanza et al., 2013).

El grooming se define como el proceso por lo que una persona adulta entabla una amistad con un o una menor de 16 años con la finalidad de conseguir un contacto sexual online (Webster et al., 2010) pudiéndose extender a un encuentro físico con dicho menor para cometer un abuso o agresión sexual. No hace falta explicar los múltiples peligros que pueden estar asociados al grooming, teniendo en cuenta, que algunos de estos adultos pueden tener fines de abuso sexual. Baste saber que un 11% de los menores, según el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), han llegado a quedar en la vida real con personas a las que habían conocido a través de Internet.

Todos estos mecanismos de extorsión pueden ayudar a entender que se haya encontrado una relación entre la práctica del sexting y múltiples problemas de salud mental, incluyendo la ideación suicida (Frankel et al., 2018).

Factores de riesgo y protección

De entre las variables relacionadas con la práctica del sexting cabe destacar el género (Van Ouyt-

sel et al., 2014), la edad (Temple et al., 2014) y la orientación sexual (Morelli et al., 2016). Las variables de personalidad apenas han recibido atención más allá de la búsqueda de sensaciones, la impulsividad (Champion & Pedersen, 2015) o la autoestima (Ybarra & Mitchell, 2014). Delevi and Weisskirch (2013) señalaron que la extraversión, el neuroticismo y la baja satisfacción se relacionaban con el sexting.

Pero los estudios al respecto de los posibles factores de riesgo son todavía muy escasos y suelen analizar la influencia de una variable u otra, pero no conjuntamente con lo que no sabemos qué peso diferencial tiene cada una de ellas. Una excepción a esto es el artículo publicado en 2018 por Gámez-Guadix y de Santisteban (Gámez-Guadix & De Santisteban, 2018). En este trabajo, a partir de la literatura existente, los autores proponen un modelo teórico según el cual, la práctica del sexting actual podría ser explicada por la práctica previa del mismo, variables sociodemográficas (sexo, edad y orientación sexual), el perfil de personalidad y variables relacionadas con el desajuste psicológico. Además de la escasez de estudios sobre factores de riesgo y la inclusión de pocas variables en los mismos, los estudios existentes adolecen de algunos problemas. Uno de ellos es que no se realizan desde una perspectiva auténtica de género. La variable género solo aparece cuando se realizan comparaciones entre chicos y chicas, pero no se estudian los mecanismos que pueden explicar estas diferencias como podrían ser los mitos del amor romántico o la socialización del género. Por otra parte, cuando incluyen entre sus variables la orientación sexual, la estudian desde una visión categorial de la misma, lejos de las tendencias actuales, que puede explicar las evidencias contradictorias sobre el papel de esta variable. Además, la mayoría de estudios se limitan a un segmento de edad que comprende apenas cinco o seis años (12 a 17 años en los trabajos de

Gámez-Guadix & De Santisteban, 2018), con lo que se pierde la visión evolutiva de cómo va cambiando la conducta de sexting a lo largo del ciclo vital, qué sucede al final de la adolescencia, los diferentes factores asociados y el diferente impacto que puede tener en la sexualidad a distintas edades. Otra cuestión importante que no se ha analizado suficientemente son las variables culturales. Recientemente Gil-Llario, Morell-Mengual, Jiménez-Martínez et al. (2020) han realizado un estudio comparativo entre los adolescentes colombianos y los españoles encontrando que la variable género afecta de forma diferencial en distintas culturas, así el sexting es más frecuente entre los adolescentes colombianos varones que entre las chicas, mientras que no hay diferencias de género entre los adolescentes españoles. Además, la prevalencia es mayor entre los adolescentes colombianos que entre los españoles.

La enorme facilidad con que niños y adolescentes pueden difundir material muy íntimo y la escasa comprensión del alcance del mismo, consecuencia de la impulsividad propia en esas edades, así como el carácter irreversible del daño infligido es lo que está alertando tanto a las autoridades como a padres y educadores. Desde el ámbito penal se precisan nuevas leyes para los nuevos delitos y desde la educación se hace imprescindible un abordaje multidisciplinar que les aporte, lo más tempranamente posible las estrategias de autoprotección (y concienciación) que necesitan (Gil-Llario & Ballesster-Arnal, 2016).

Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados

Descripción del problema

El embarazo no deseado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o

suspender los procesos formativos para la vida y para el trabajo productivo. Numerosos investigadores (Trillo et al., 2015) señalan que los embarazos en adolescentes son la consecuencia de una escasa e insuficiente educación sexual. Esta educación incompleta e inadecuada, a veces no solo tiene como consecuencia un embarazo no deseado, sino también enfermedades de transmisión sexual, como la infección por VIH, lo cual puede tener consecuencias imponderables para sus expectativas y vida futura. Las repercusiones personales, sociales, culturales y sanitarias del VIH-Sida han superado lo imaginado. Los avances médicos acontecidos desde el inicio de la epidemia del sida hasta la actualidad, lo han convertido en un problema de salud crónico. No obstante, la prevención sigue siendo el recurso más eficaz para hacer frente a esta epidemia y el individuo juega un papel especialmente protagonista en esta tarea. La investigación, en las últimas décadas se ha dirigido a identificar qué factores influyen en la adopción de comportamientos de riesgo y cómo podemos diseñar intervenciones eficaces para la prevención como objetivos prioritarios. Proporcionar a los jóvenes las estrategias necesarias para evitar aquellos comportamientos que supongan una mayor vulnerabilidad tanto a los embarazos no deseados como a las ITS, y más en concreto a la infección por VIH, centra la investigación actual.

Epidemiología e impacto personal y social

Por lo que respecta a los embarazos no deseados durante la adolescencia, según el Instituto Nacional de Estadística datos actualizados a 25 de septiembre de 2020, en 2018 3074 adolescentes menores de 19 años tuvieron un hijo en España. Por franjas de edad, 1361 chicas tenían 19 años; 820 tenían 18 años; 477 chicas tenían 17; 279 tenían 16, y 137 tenían 15 o menos. La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años

fue del 8,96 por cada mil mujeres en 2018 según cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (consultado en marzo de 2021 en www.epdata.es).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de todo el mundo (Patton et al., 2009). Y los bebés de las que deciden seguir adelante con el embarazo tienen un riesgo considerablemente superior de morir que los que tienen las jóvenes mayores de 20.

La OMS (2019) constata que el embarazo en la adolescencia continúa siendo uno de los factores principales que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedades y pobreza. Esta entidad remarca que cada día se producen más de un millón de infecciones de transmisión sexual (ITS). Aunque las más prevalentes parecen ser la clamidia o la sífilis, 500 millones de personas estarían afectadas por el Virus del Papiloma Humano. Estas cifras lamentablemente siguen en aumento según los sistemas de vigilancia epidemiológica de países como los Estados Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). En el caso particular de la infección por el VIH, se estima que la cifra alcanza los 36.9 millones de personas a nivel mundial, y si bien en algunas regiones se ha mantenido o descendido, en otras como en Europa Oriental parece aumentar (ONUSIDA, 2018). En este panorama que, arroja una cifra anual de 1,8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la vía de transmisión sexual supone la más representativa a nivel global, concentrando un 95% de las nuevas infecciones en gran parte de las regiones. En este sentido, las conductas sexuales de riesgo serían un claro modulador de la incidencia de las nuevas infecciones, pero también de los embarazos no deseados (END) que, a nivel mundial, afectan a 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años.

Por lo que se refiere al impacto del problema en las esferas personal y social, desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos, que han modificado la evolución de la enfermedad en los países más desarrollados hasta convertirla en una «infección crónica manejable», la epidemia sigue avanzando a nivel mundial. El VIH/Sida tiene un importante impacto en términos económicos y humanos que influye negativamente incluso en la productividad, seguridad, educación, atención de la salud, administración pública, cohesión social y estabilidad política. En algunas áreas geográficas, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, perjudicando el desarrollo y profundizando la pobreza de muchos países. Aunque el VIH se ha revelado como una entidad biológica sensible a las intervenciones médicas, la epidemia ha continuado su expansión, en gran parte debido a que no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus. Globalmente, la infección por el VIH/Sida constituye en la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

El impacto personal y familiar de los embarazos no deseados en la adolescencia es elevado teniendo repercusiones en el ámbito académico y profesional además de las consecuencias físicas por el riesgo que supone para la salud gestar en edades tempranas.

Factores de riesgo y protección

Uno de los principales factores de riesgo por lo que se refiere tanto a las infecciones de transmisión sexual como a los embarazos no deseados es la desinformación (Brito et al., 2014; Gil et al., 2012; Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2016),

seguida de la percepción de riesgo, ya que cuando existe una menor percepción de riesgo ante la infección por VIH disminuye el uso de métodos preventivos como el preservativo (Berbesi Fernández et al., 2017). Al mismo tiempo, la percepción de riesgo de otras consecuencias como los embarazos no deseados, podrían minimizar el impacto de la percepción de gravedad asociada a la infección por VIH, dificultando el uso de medidas preventivas de mayor alcance, como el preservativo, en favor de otros métodos exclusivamente anticonceptivos, pero no protectores ante infecciones de transmisión sexual (Ballester Arnal et al., 2009; van Schroyen Lantman-de Valk et al., 2011). A la baja percepción de riesgo se unen las reticencias que muchos/as adolescentes y jóvenes muestran frente a las medidas preventivas. Por ejemplo, en la medida en que el preservativo o la barrera de látex se perciben como algo aversivo o costoso, disminuye la probabilidad de su uso (Sriprasert et al., 2015).

La literatura ha mostrado la importancia de una serie de factores de riesgo para las conductas analizadas, el VIH y otras ITS y embarazos no deseados. Uno de estos factores es la búsqueda de sensaciones sexuales y/o la compulsividad sexual (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Salmerón-Sánchez, et al., 2015; Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, et al., 2017; Gil-Llario et al., 2016; Kalichman & Rompa, 2001; Laier et al., 2015).

Otros factores de carácter individual son el bajo autocontrol y la impulsividad (Antons & Brand, 2018), junto con el neuroticismo o psicoticismo (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Salmerón-Sánchez et al., 2015; Ballester Arnal et al., 2010; Bello-Villanueva et al., 2015; Ruiz-Palomino et al., 2017).

Además de estas características de personalidad, trastornos psicológicos como la ansiedad y/o la depresión (Ballester Arnal et al., 2010a; Paxton & Ro-

binson, 2008; Stidham et al., 2015) y el consumo de alcohol u otro tipo de drogas (Hand et al., 2015; Scott-Sheldon et al., 2016) pueden ser también factores que incrementen la probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo.

Por último, existen factores contextuales que, en interacción con las características individuales, modulan la salud sexual (Gil-Llario, 2013). Entre los fenómenos más recientes destaca la aparición de las nuevas tecnologías que han incrementado las posibilidades de realizar conductas que aumentan los riesgos (Griffiths, 2012). En nuestro país un índice que permite identificar de forma conjunta algunos de estos factores es el HIV-Risk Index elaborado por Ballester-Arnal et al. (2016).

Por su parte, la literatura ha señalado algunos factores de protección, como la capacidad para regular las emociones y posponer los refuerzos (Laier et al., 2015), la asertividad (Atteraya et al., 2014; Voisin et al., 2013) y la autoeficacia (Ballester et al., 2013). La educación sexual temprana y coherente es la mejor prevención, debido a la escasa información que tienen los adolescentes sobre el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Es esencial contribuir a la eliminación de mitos y estereotipos en cuanto a lo que deben o no hacer. Por ejemplo, los estereotipos machistas basados en la “protección” de las menores las hacen en realidad más vulnerables al enfatizar el afán de vigilarlas y sancionarlas cuando transgreden las prohibiciones. Así pues, las restricciones de género pueden tener graves consecuencias sobre todo en las niñas en cuanto a que les lleva a padecer más abandono escolar, casarse siendo niñas, embarazos tempranos, infectarse por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, según queda patente en los resultados obtenidos en un estudio realizado en 15 países por la Organización Mundial de la Salud y la Universidad Norteamericana John Hopkins (Global Early Adolescent Study: Mmari et al., 2018). En

este sentido, los programas deberían tener una perspectiva de género y estar sustentados en la evidencia empírica (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, & Kalichman, 2015; Ballester-Arnal, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, et al., 2017; Gil-Llario et al., 2014).

Disfunciones sexuales

Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la salud sexual como un continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural asociado con la sexualidad enfatizando el valor de abordar la salud sexual no solo en términos de “ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad”, sino también en términos de placer y funcionamiento positivo. Si bien existe un importante corpus de trabajos que aborda la compleja interrelación de los diferentes dominios de la salud sexual, incluidos los aspectos del bienestar sexual en la población adulta, la investigación sobre estos temas entre los y las jóvenes sigue siendo escasa (Moreau et al., 2016). La adolescencia es una etapa de continua adaptación fisiológica, psicológica y social. En España, los y las jóvenes suelen tener sus primeras experiencias sexuales alrededor de los 15 años. La investigación sobre salud sexual en los jóvenes ha tomado tradicionalmente una perspectiva de reducción de riesgos, concentrándose principalmente en las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, el embarazo no deseado y la coerción sexual, como ya hemos explicado anteriormente. Sin embargo, cada vez se reconoce más que la salud sexual de los jóvenes implica una gama más amplia de respuestas físicas, emocionales y psicosociales (Tolman & McClelland, 2011; Wellings & Mitchell, 2012).

El término disfunción sexual engloba todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de

las fases de la respuesta sexual de una persona (Ballester y Gil, 1995). Dichas alteraciones se muestran de manera recurrente y persistente y no son explicables a partir de los efectos del consumo de sustancias o por anomalías fisiológicas. Los estudios cualitativos revelan que los adolescentes a menudo experimentan poco deseo, anorgasmia y están preocupados por el «rendimiento» (Pollack & Shuster, 2000; Thompson, 1996) pero proporcionan poca información sobre cuán comunes o angustiantes pueden ser estos problemas (O’Sullivan et al., 2016). Si bien las disfunciones sexuales surgen temprano en las trayectorias sexuales de los adultos que presentan estos problemas (Shifren et al., 2008), se sabe poco sobre las disfunciones sexuales y sus consecuencias en la salud sexual de los jóvenes (Ahern & Kiehl, 2006; McCabe et al., 2016).

En el caso de los adolescentes y jóvenes varones la disfunción eréctil y la eyaculación precoz son las alteraciones más frecuentes (Porst et al., 2007), impactando en la calidad de vida y autoestima de aquellos que la sufren y aún más en adolescentes que están iniciando sus relaciones sexuales. La frecuencia en población general varía, pero en jóvenes la eyaculación precoz presenta mayor prevalencia que en otros grupos etarios (Mialon et al., 2012). Los problemas de disfunción sexual, en particular la eyaculación precoz, a pesar de ser comunes, se encuentran infradiagnosticados e infratratados en atención primaria (Martín-García et al., 2013).

En el caso de las mujeres, las adolescentes que presentan deformidades visibles (genitales anormales, amputaciones, etc.) suelen mostrar problemas en la vivencia de su sexualidad (Clayton, Hamilton, 2009). Las enfermedades crónicas también pueden provocar disfunciones sexuales (Greydanus & Matytsina, 2010; Omar et al., 2008). Y en general, tanto entre hombres como entre mujeres, quienes toman antipsicóticos y/o antidepresivos

tienen un mayor riesgo de experimentar disfunciones sexuales (Clayton & Hamilton, 2009; Greydanus et al., 2002; Hickey et al., 2009).

Epidemiología e impacto personal y social

Los pocos estudios realizados entre los y las jóvenes revelan altos niveles de disfunción sexual, incluido el dolor, la falta de deseo y el fracaso de la respuesta genital (O'Sullivan et al., 2014). En este estudio en el que se evaluó a 411 jóvenes canadienses de 16 a 21 años se encontró que la mitad de los participantes indicaban al menos una queja en relación con su funcionamiento sexual. Si bien las disfunciones sexuales eran frecuentes, la angustia relacionada con tales disfunciones lo era menos pues solo la mitad de las personas con quejas sexuales sufrían angustia relacionada con la sexualidad clínicamente.

La identificación de la frecuencia de la disfunción sexual puede ser difícil y su epidemiología se complica por la vergüenza de las mujeres adolescentes a revelar tales preocupaciones, además del fracaso de los médicos para buscar dicha información (Clayton y Hamilton, 2009). Los estudios de disfunción sexual en mujeres no suelen iniciarse antes de los 18 años, no prestándose atención a la salud sexual de las mujeres menores de esta edad. La investigación tradicional en la mujer adolescente se centra en el embarazo o en las ITS, pero no en lo que es la sexualidad saludable en adolescentes o si existe algún tipo de disfunción sexual (Greydanus & Matytsina, 2010). Sin embargo, los estudios epidemiológicos sugieren que el 40% de las mujeres tienen algún tipo de disfunción sexual y que hasta el 25% indican que les acaba suponiendo una elevada fuente de estrés (Palacios et al., 2009).

Las pocas investigaciones que abordan el estudio de las disfunciones sexuales en los adolescentes suelen centrarse en el dolor durante las relaciones sexuales, la disfunción eréctil o la eyaculación pre-

coz (O'Sullivan et al., 2016). El estudio de O'Sullivan and Majerovich (2008) es una excepción al recoger problemas en el funcionamiento sexual en 171 adolescentes de entre 17 y 21 años. Sus resultados muestran que, en general, el 97% y el 98% de los adolescentes varones y mujeres habían experimentado algún problema. Los más comunes entre los hombres (que informaron «a veces» o «siempre») fueron eyaculación precoz (41,9%), ansiedad por el rendimiento (32,6%), dificultad para mantener la erección (23,1%) e incapacidad para llegar al clímax (16,3%). Para las mujeres, la incapacidad para llegar al clímax (53,1%), la ansiedad por el rendimiento (31,2%), las relaciones sexuales dolorosas (25,8%) y el bajo deseo (22,9%) fueron más comunes. Las tasas fueron comparables a una muestra de adultos jóvenes (22-28 años), lo que sugiere que los problemas de los adolescentes pueden persistir hasta la edad adulta. Otra excepción fue un estudio que evaluó problemas entre una muestra de 1.582 mujeres canadienses (15-44 años) (Fisher et al., 2004). Las tasas del rango de edad de entre 18 y 24 años fueron bastante altas: bajo deseo sexual (33%), anorgasmia (31%) y dolor durante las relaciones sexuales (22%).

En nuestro país Ballester y Gil (1995) en un estudio pionero en nuestro país encontraron que entre los adolescentes varones de 14-15 años el problema más frecuente era la eyaculación precoz, afectando al 15-25% de los sujetos, y se mantiene como principal problema hasta los 24 años. Entre las chicas, de 14-15 años el problema más frecuente era el bajo deseo sexual (9,8%); a los 16 años la anorgasmia (13,2%) y entre los 17 y 18 años el dolor en el coito (20%). Esta literatura emergente sugiere que las tasas de problemas entre los adolescentes son altas, posiblemente comparables a las tasas de adultos, y asociadas en muchos casos con angustia (O'Sullivan et al., 2016).

Por lo que se refiere al impacto del problema, las disfunciones sexuales muestran una correlación

elevada y negativa con la satisfacción sexual, lo cual destaca la importante contribución de la función sexual al bienestar emocional de los jóvenes (Moreau et al., 2016). En ese sentido, la investigación en general señala que la actividad sexual es importante para los adolescentes y contribuye a los sentimientos de felicidad o alegría de vivir.

En un estudio sobre la sexualidad adolescente en mujeres con disfunciones sexuales llevado a cabo por Covington et al. (2008) se constata que los trastornos de la salud sexual en mujeres adolescentes tienen un impacto importante en la sexualidad, la imagen corporal, la autoestima y la relación sexual, llegando a interrumpir significativamente el funcionamiento sexual y de las relaciones (O'Sullivan & Majerovich, 2008). La disfunción sexual que se desarrolla en la adolescencia puede continuar hasta la edad adulta (Greydanus & Matytsina, 2010) por lo que se necesita más investigación para identificar posibles vínculos entre el desarrollo de la disfunción sexual en la juventud y los problemas de disfunción sexual en curso o que empeoran en la edad adulta.

Factores de riesgo y protección

El sexo puede considerarse un factor de riesgo para los problemas en el funcionamiento sexual debido a la socialización tradicional que posiciona a los hombres como iniciadores y perseguidores de las interacciones sexuales con las mujeres, enfatizando el rendimiento en las interacciones sexuales y el alto interés sexual. Por el contrario, se espera que las mujeres sean pasivas y conformes sexualmente y sin interés sexual de manera que un mayor respaldo de estos estándares restrictivos predice una mayor probabilidad de problemas sexuales (O'Sullivan et al., 2016). Otros factores que se han visto asociados son la autoestima, encontrándose asociada con el disfrute sexual entre las mujeres (Galinsky & Sonenstein, 2011) y la asertivi-

dad entendida como la comunicación abierta acerca de las expectativas de placer sobre la actividad sexual en pareja (Ragsdale et al., 2014). La religiosidad y la calidad de la educación sexual también están asociadas con la disfunción, de manera que los que informan una mayor religiosidad y los que tienen menos conocimientos tienden a informar más problemas sexuales (Kuriansky, 2009).

Los adolescentes a menudo asumen una serie de conceptos erróneos sobre la salud sexual. Los mensajes prohibitivos que se enseñan con frecuencia en los programas religiosos, incluidos los programas de abstinencia comunes en los Estados Unidos y el Reino Unido, refuerzan las opiniones de que el comportamiento sexual adolescente es problemático por naturaleza (O'Sullivan et al., 2016). En nuestro contexto, las actitudes erotofóbicas (Cabello, 2010) y la falta de información se han identificado como factores de riesgo para la aparición de disfunciones sexuales (Díaz et al., 2014; Verdugo et al., 2002).

Uso de las apps de contactos

Descripción del problema

En el contexto antes mencionado de la gran extensión de las tecnologías de la información y la comunicación y su influencia en la socialización de nuestros adolescentes, el surgimiento de las aplicaciones de contactos con geolocalización para smartphones como Tinder, Grindr o Badoo, ha significado un cambio drástico en la forma en que las personas se relacionan sexualmente y buscan parejas sexuales (Tsai et al., 2019). En estas aplicaciones los usuarios pueden crear un perfil personal y comenzar a interactuar entre ellos. Aunque inicialmente fueron utilizadas por hombres que tienen sexo con hombres han acabado extendiéndose al conjunto de la población, incluso a los adolescen-

tes (Van Ouytsel et al., 2016). Hasta junio del 2016, los y las adolescentes entre 13 y 17 años podían crear cuentas en algunas de estas aplicaciones. Concretamente, el 7% de los usuarios de la aplicación Tinder era menor de 18 años (Ediziones, 2016). Aunque actualmente estas aplicaciones están prohibidas en menores, muchos adolescentes mienten en relación con su edad, por lo que todavía existe un número indeterminado de usuarios activos. También existen plataformas, como por ejemplo SpotaFriend, dirigidas específicamente a adolescentes de entre 13 y 19 años con el objetivo de que conozcan a gente de su edad con la que compartir intereses.

Esta facilidad con que pueden establecer contactos con personas desconocidas incrementa el riesgo de experimentar algunos de los fenómenos asociados a las nuevas tecnologías que hemos comentado anteriormente tales como el grooming cuando se trata de adultos quienes contactan con ellos, y, en general, la disminución de oportunidades para el desarrollo de habilidades saludables de flirteo, así como la facilitación del intercambio sexual de forma rápida sin la afectividad que proporciona una relación iniciada progresivamente de forma off-line.

Epidemiología y factores de riesgo y protección

Hasta el momento no se dispone de información sobre la prevalencia de uso de apps de citas o de contactos por parte de la población adolescente española, ni mucho menos sobre los factores de riesgo y de protección ante los posibles efectos de estas aplicaciones. Esta falta de información se deriva, en primer lugar, de la novedad del fenómeno. Los pocos estudios que hay al respecto se refieren a población ya joven y muy especialmente a colectivos LGTB y más concretamente de hombres que tienen sexo con otros hombres, en los que prolifera-

raron estas aplicaciones antes de que se hicieran populares entre la población general (Ballester-Arnal, 2019).

En los años 80 los hombres que tenían sexo con otros hombres contactaban con sus parejas en sitios físicos como saunas o áreas de cruising y la única forma de contacto virtual eran los anuncios en la prensa. La aparición de internet cambió la forma de acceder a parejas sexuales y en los años 2000 se desarrollaron páginas web como *chueca.com* o *bakala.org* para quienes querían buscar parejas sexuales a través de internet. Los chats eran una forma inicial de contacto anónima que continuaba posteriormente a través de mensajería instantánea (Windows live Messenger). Pero en 2019 se lanzaron varias aplicaciones de geolocalización dirigidas a hombres homosexuales y bisexuales que permiten a los usuarios usar sus smartphones para buscar hombres cercanos y establecer contacto real con ellos. Hoy, no solo han proliferado apps para este colectivo (Grindr, Wapo, Roeo, Hornet, Scruff, Bakala, Gaydar, Adanel, Daddyhunt...), sino que estas apps se han extendido a toda la población, no siendo extraño que un adolescente utilice una aplicación como Tinder para conocer posibles parejas sentimentales y/o sexuales (Ballester-Arnal, 2019).

En segundo lugar, la escasez de información y estudios científicos rigurosos la debemos a cuestiones legales ya que en teoría el uso de estas aplicaciones está prohibido a los menores de edad, lo que no impide que algunos adolescentes mientan cuando aportan sus datos para poder afiliarse a ellas.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El papel que desempeña esta tecnología en la salud sexual de los adolescentes y adultos jóvenes sigue siendo difícil de evaluar. Aunque estas apli-

caciones pueden contribuir al aumento en la incidencia del VIH u otras ITS, las investigaciones que vinculan el uso de aplicaciones con la conducta sexual de riesgo han sido contradictorias en función de la muestra analizada. No obstante, en general, diversos estudios realizados con adolescentes y adultos jóvenes indican que los usuarios que buscan parejas online a través de estas aplicaciones refieren tasas más altas de uso inconsistente de preservativo que aquellos que conocen a sus parejas de forma presencial (Gravningen et al., 2016; Ybarra & Mitchell, 2016). Además, el tiempo que los usuarios de la aplicación emplean para hablar antes de quedar y mantener una relación sexual con una persona también se relaciona con la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Los usuarios que hablan menos antes de conocerse en persona tienen más comportamientos sexuales de riesgo que aquellos que pasan más tiempo hablando antes de verse físicamente (Hahn et al., 2018). El uso de estas aplicaciones también se relaciona con un mayor número de parejas sexuales y un mayor repertorio de conductas sexuales (Shapiro et al., 2017; Whiteley et al., 2012). Un estudio reciente de Choi et al. (2018) determina que los usuarios de estas aplicaciones de citas tienen mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales o sucumbir ante las presiones de la pareja para realizar conductas sexuales no deseadas. Sin embargo, faltan estudios rigurosos en población adolescente respecto a cómo la diseminación de estas aplicaciones en este segmento de edad puede tener algún impacto sobre su salud sexual y mental.

Consumo abusivo de cibersexo

Descripción del problema

En los últimos años han sido identificadas nuevas formas de adicción que han atraído la atención de

los especialistas y que pueden tener su origen en la adolescencia. Una de ellas es la adicción al sexo (Carnes, 1983) y más concretamente la adicción al cibersexo que se ha visto facilitada entre otros factores por la generalización del uso del ordenador en nuestro contexto por parte de la población general, como ya se ha comentado en otros apartados. Podemos definir fácilmente el cibersexo como el uso de Internet con fines sexuales, incluyendo actividades como la búsqueda de imágenes y vídeos para excitarse y/o masturbarse, el uso de chats sexuales, aplicaciones para tener sexo virtual como *Second Life*, contacto con agencias de prostitución, etc.

Sabemos que el sexo constituye uno de los temas más frecuentemente buscados en Internet (Jansen & Spink, 2006) y gran parte de la investigación en torno a la adicción al sexo se dirige al ámbito del cibersexo (Griffin-Shelley, 2003). El término “adicción al sexo” ha sido aceptado sólo en los últimos años desde una perspectiva psicopatológica. Actualmente, la mayoría de autores están de acuerdo en que la adicción al sexo y más concretamente al cibersexo puede ser considerada como un tipo de dependencia que además, presenta muchas similitudes con la dependencia a las drogas (Griffiths, 2000; Plant & Plant, 2003). Sin embargo, el concepto y entidad psicopatológica de la adicción al cibersexo todavía no se encuentran bien delimitados (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, J., Gil-Llario et al., 2020). En general, la adicción al cibersexo puede ser entendida como un tipo más de adicción, encontrándose entre las denominadas “adicciones psicológicas o comportamentales” para distinguir las de las “adicciones químicas”. La cuestión que se plantea entonces es si la adicción al cibersexo constituye un subtipo de adicción al sexo o del trastorno por hipersexualidad, que también ha recibido nombres como el de hiperfilia, trastorno sexual compulsivo o comportamiento sexual

impulsivo-compulsivo (Kaplan & Krueger, 2010); o si es más bien un subtipo de la adicción a Internet (Young, 1998).

El comité encargado de la revisión de los trastornos sexuales para la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) estuvo considerando incluir un nuevo trastorno –trastorno por hipersexualidad- cuya principal manifestación era la adicción al cibersexo (Kafka, 2010). Este esfuerzo representa la mejor prueba de que este cuadro clínico representa hoy día un problema clínico de primera línea. Sin embargo, la oposición al reconocimiento de nuevos trastornos prevaleció sobre la evidencia empírica que sustentaba su inclusión y finalmente no fue incluido en el DSM-5 (Reid & Kafka, 2014).

En general, podemos decir que existen dos perspectivas desde las cuales ha sido considerado el sexo en Internet: la perspectiva adaptativa y la perspectiva patológica. Ambas parecen ser argumentables. Sin embargo, parece existir una línea que si se traspasa convierte la adaptación y experimentación en patología. Según Schneider (1994) y Philaretou et al. (2005), el concepto de adicción posee tres componentes básicos: compulsividad (definida como pérdida de la capacidad de elegir libremente si se detiene o se continúa una conducta), mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas (tales como pérdida de la salud, trabajo, pareja o libertad) y obsesión con la actividad. Cuando se dan estos aspectos, junto con una alta frecuencia de uso de Internet con fines sexuales y otros aspectos como la falta de control, la interferencia con la vida del individuo, la tolerancia (cada vez se necesita más cantidad de conducta o grado de riesgo en las mismas para conseguir el mismo placer) o incluso síndrome de abstinencia (cuando no lo hacen padecen dolores de cabeza, estomacales, reacciones emocionales negativas, confusión, problemas para

concentrarse...) podemos hablar de un alto riesgo de que se padezca adicción al cibersexo (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario et al., 2020).

Dependiendo de aspectos como la frecuencia de uso, el tiempo invertido y las consecuencias experimentadas, se pueden establecer tres perfiles o niveles de gravedad en el consumo de cibersexo (Cooper, Putnam, et al., 1999). Por un lado, tendríamos un perfil de consumo recreativo que comprendería a aquellas personas que recurren al cibersexo como medio para satisfacer su deseo sexual sin que ello reporte interferencia alguna con su vida (Daneback et al., 2013). En un punto intermedio estarían los usuarios de riesgo, personas que invierten gran cantidad de tiempo en la práctica del cibersexo pero que conservan cierto control sobre su propia conducta. Finalmente, estarían los adictos al cibersexo, que serían los que presentarían el cuadro clínico completo ya descrito. Resulta complicado hacer una estimación de las dimensiones del problema, por el elevado subregistro que existe en la actualidad.

Las cifras de consumo que conocemos a nivel global sugieren que la búsqueda y consumo de pornografía es una de las actividades más frecuentes en Internet: En 2010 la empresa de análisis Optenet realizando un estudio sobre 4 millones de URL encontró que el 37% de los contenidos en la red eran material pornográfico (Optenet, 2010) y la tendencia va en aumento.

Epidemiología e impacto personal y social

En cuanto al consumo voluntario de pornografía en Internet, Wolak et al. (2007) realizaron un estudio entre chicos y chicas estadounidenses de 10-17 años. En chicos, apenas un 1% de los niños de entre 10-11 años había buscado pornografía en Internet. Sin embargo, este porcentaje aumentó hasta el 11% entre los 12-13, el 26% entre los 14-15 y el 40% en la franja de edad de 16-17. En chicas, el

consumo de pornografía era prácticamente inexistente hasta los 16-17 años, franja en la que el 8% dijo haber buscado pornografía online. Porcentajes similares (39.5% y 14.4% de chicos y chicas respectivamente) obtienen Bleakley et al. (2011) en una investigación con adolescentes estadounidenses de entre 13 y 18 años.

Los estudios realizados en Europa documentan una prevalencia similar a la obtenida en EEUU. En los estudios de Daneback et al. (2005) y Shaughnessy et al. (2011) el porcentaje que reconoció participar en chats sexuales osciló entre el 9,430% en hombres y el 14,9-34% en mujeres. Más recientemente, en una investigación realizada con 2092 adolescentes holandeses de 12 a 17 años, Peter and Valkenburg (2006) encontraron que el 25% había buscado porno en Internet en alguna ocasión. Por sexos, la prevalencia fue superior en chicos (el 35% frente al 14%).

En lo referente al consumo patológico, algunas investigaciones ponen de relieve que un número significativo de usuarios de Internet pueden estar padeciendo esta patología. En el estudio de Albright (2008) con 15246 usuarios, aproximadamente el 8% cumplía criterios de adicción al cibersexo. Los datos que tenemos sobre Italia parecen apuntar una prevalencia de “adictos” al cibersexo de entre el 6 y el 10% de los adultos que navegan por Internet (Cavaglion & Rashty, 2010). Un trabajo realizado en Suecia (Ross et al., 2012) eleva la prevalencia de uso problemático hasta el 13%.

En nuestro país, los primeros estudios fueron los desarrollados por Ballester Arnal (2010) y Salmeron et al. (2009) en los que se evidenció que un 80% de adolescentes varones de 17 años han buscado material sexual en Internet y entre los estudiantes universitarios varones, un 21% han participado en chats sexuales, un 45% se han masturbado viendo imágenes sexuales en Internet y un 8,5% consideran que podrían tener problemas de adicción en

este sentido. En otro estudio realizado en 2010, Ballester Arnal et al. (2010), evaluando a alrededor de 1300 jóvenes de entre 18 y 26 años y a unos 400 escolares de entre 13 y 17 años, encontraron que alrededor del 10% de los jóvenes españoles de entre 18 y 26 años, podría estar en riesgo de padecer o ya padece una adicción al cibersexo.

Es importante hacer notar que las diferencias de género que se ha comentado anteriormente también se observan en nuestro país. Así, Ballester-Arnal y Gil-Llario (2016) encontraron que aproximadamente el 27,9% de los jóvenes entre 13 y 17 años había buscado pornografía en un buscador de Internet, con una prevalencia 7 veces mayor en el caso de los chicos (49,2% frente al 6,7% en las chicas).

En cuanto al impacto del problema en las esferas personal y social, no existen demasiados datos que evidencien los efectos del consumo recreativo (no patológico) a la pornografía sobre la salud sexual de los jóvenes y adultos que ya cuenten con una cierta educación o experiencia sexual (Velezmoro et al., 2012). En el caso de niños y en adolescentes que carecen de esta formación, podría: 1) fomentar una visión distorsionada sobre el sexo y la sexualidad; 2) fomentar un debut sexual más temprano y con mayor número de parejas; 3) modelar actitudes sexistas; 4) propiciar un empeoramiento en el autoconcepto y la autoimagen; y 5) desembocar en un cuadro clínico de adicción a la pornografía. Al respecto de esta última posibilidad, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García et al. (2017) mostraron cómo un 37,7% de hombres jóvenes españoles presentaban un perfil de riesgo para la adicción al cibersexo, siendo en el caso de las mujeres del 20% y la mayor parte de ellos habían iniciado el consumo en la adolescencia o incluso en la infancia. Por otro lado, como se ha dicho, la adicción al cibersexo puede constituir solo una de las consecuencias de un abuso del mismo a medio o

largo plazo, con múltiples implicaciones a su vez que afecta a muy distintos ámbitos de la persona que la padece.

Hasta el momento se desconoce si el abuso de la pornografía puede tener un papel importante en otros problemas como la generación de disfunciones sexuales, de complejos sexuales o baja autoestima sexual o el desarrollo de parafilias. El impacto real de la exposición involuntaria y voluntaria a la pornografía en el desarrollo psicológico y sexual de niños y adolescentes aún no está suficientemente explorado, aunque desde algunas instancias comienzan a surgir dudas de si podrían estar asociados a fenómenos graves como el incremento del 40% observado en el 2019 en nuestro país de las agresiones sexuales perpetradas por menores. Por lo tanto, la investigación acerca de estos fenómenos en estas edades y su posible impacto en la salud mental y sexual de adolescentes y jóvenes puede constituir un ejercicio de responsabilidad social necesario para desarrollar políticas preventivas al respecto.

Factores de riesgo y protección

Una línea de investigación existente en estos momentos es la que tiene que ver con los aspectos que pueden resultar factores predisponentes de la adicción al cibersexo. Por un lado, parecen encontrarse las propias características del cibersexo, que lo hacen particularmente adictivo. Cooper, Scherer, et al. (1999) hablaron de la “Triple A” (“Affordability, Accessibility and Anonymity”) o lo que es lo mismo “bajo coste, accesibilidad y anonimato”, para referirse a algunos de los factores que podría hacer del cibersexo un medio adictivo. Young (1999) también desarrolló una variante del Triple A que denominó modelo ACE en el que se contemplan tres características: Anonimato (puede proporcionar una gran sensación de control al usuario sobre el contenido, formas y naturaleza de la experiencia sexual on-

line), Comodidad y Escape (a pesar de que se suele pensar que el principal refuerzo del uso de cibersexo es la gratificación sexual, muy pronto el cibersexo ofrece más bien el refuerzo de escapar de la realidad). Por último, Carnes et al. (2007) destacan en un modelo más reciente que la capacidad del cibersexo para elicitar una adicción se debe a que es un medio intoxicante, aislante (limita el entorno social y las relaciones reales), integrado, impuesto, interactivo y barato.

Pero, en segundo lugar, habría que hablar de los factores psicológicos que otorgan una mayor vulnerabilidad ante el trastorno. En este sentido, se considera que las personas que sufren de timidez (Ross et al., 2007), baja autoestima, una imagen corporal muy distorsionada, una alta tendencia a la búsqueda de sensaciones sexuales (Luder et al., 2011), disfunciones sexuales no tratadas o que han tenido previamente una adicción sexual presenta mayor riesgo de desarrollar adicción al cibersexo. La comorbilidad que presenta la adicción al cibersexo con otros trastornos también puede aportarnos alguna luz acerca de la etiología de este cuadro clínico. La mayoría de pacientes que presentan una adicción al cibersexo, también sufren otros trastornos psicológicos (Orzack & Ross, 2000). En el estudio de Schwartz and Southern (2000) con 40 pacientes adictos al cibersexo, el 23% presentaba también algún tipo de adicción química, el 30% trastornos del estado de ánimo, el 20% trastornos de ansiedad y el 30% adicción al sexo. En nuestro país, Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García et al. (2020) han hallado que el trastorno de conducta sexual compulsiva entre cuyas manifestaciones podría encontrarse la adicción al cibersexo, co-ocurre frecuentemente con otros trastornos el eje I y II y más concretamente, un 91% de estos pacientes cumplen criterios de al menos un trastorno del eje I y en general tienen más probabilidad de padecer un trastorno por uso de sus-

tancias, depresión mayor, bulimia nerviosa, trastorno adaptativo o trastorno límite de la personalidad

Homofobia/Bifobia

Descripción del problema

A pesar de que la diversidad afectivo-sexual existe desde los inicios de la historia de la humanidad, su estudio científico es más bien reciente. En la actualidad, la orientación sexual se considera una variable dimensional a lo largo de la cual se puede situar cualquier ser humano (Kinsey et al., 1998; Kinsey et al., 1948). De acuerdo con estos modelos, una persona puede sentirse atraída exclusivamente por el sexo opuesto, por el mismo sexo o con preferencias intermedias entre estos dos extremos. Algunos autores señalan la presencia de dos ejes, el de la atracción heterosexual y el de la homosexual, de modo que una persona podría sentirse muy o poco atraída hacia los dos sexos a la vez o más atraída por uno que por otro (Storms, 1980). Además, la “asexualidad” describiría a aquellas personas que no sienten ninguna atracción hacia ninguno de los dos sexos.

De acuerdo con el modelo multidimensional de la orientación sexual (Klein, 1978), cualquier persona se puede situar no sólo en un continuo de siete puntos referido a la atracción sexual, sino en otros continuos referidos al comportamiento sexual, las fantasías, la preferencia emocional, la preferencia social, el estilo de vida homo o hetero y la autoidentificación como hetero u homosexual. Este modelo señala también que la situación dentro de esos continuos puede modificarse y ser diferente a lo largo del tiempo. En la actualidad, se considera que no existen tan solo tres orientaciones sexuales clasificadas de manera categorial, sino que hablemos, además de la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad, de la

asexualidad y la pansexualidad, consideradas todas ellas como continuos multidimensionales, de acuerdo con la actual teoría queer referida a las orientaciones sexuales y las identidades de género (Alexander & Anderlini-D’Onofrio, 2012).

Epidemiología e impacto personal y social

Por lo que respecta a la prevalencia de distintas orientaciones sexuales, aunque existen bastantes estudios internacionales al respecto, destacaremos sólo los estudios nacionales más relevantes por su cercanía cultural. Así, Pichardo et al. (2007) en un estudio realizado con un total de 4.636 estudiantes de entre 11 y 19 años, afirmaron que un 84% manifestaba una atracción exclusiva por personas del sexo opuesto, un 1% sentía un deseo exclusivamente homosexual, un 3% presentaba posiciones intermedias, un 10% no contestó a esa pregunta, y un 1% decía no tenerlo claro.

El estudio de Ballester y Gil (1995) fue pionero al preguntar no sólo por orientación sexual autoads-crita de manera categorial sino también por comportamientos, fantasías y deseos. En cuanto a las relaciones homoeróticas, ya las había tenido el 1,5% de chicos y 2% de chicas de 14-15 años; y el 6,3% y 4,4% de chicos y chicas respectivamente de 17-18 años. Un 1,5% de chicos y 2% de chicas de 14-15 años habían sentido deseo de tenerlas. Y un 6,2% de chicos y 9,8% de chicas habían tenido fantasías homoeróticas. Pero el sentimiento de ser diferente a los demás puede llegar más temprano. Así, en el artículo de Ballester-Arnal y Gil-Llario (2006) se halló que un 3,8% de niños y un 2,9% de niñas de 13-14 años ya se habían planteado la posibilidad de ser homosexuales y, algo bastante grave, en esas mismas edades, el 27,5% de niños y el 10,1% de niñas ya pensaban que la homosexualidad es una enfermedad.

En el estudio más reciente de García-Barba et al. (2017) con adolescentes entre 14 y 18 años, un 3,2%

del total de la muestra dijo no ser heterosexual, pero cuando se preguntaba por la atracción a lo largo de un continuo, un 17,2% no se situaron en el extremo de heterosexualidad exclusiva (24,5% de mujeres vs. 11,5% de hombres). La homofobia fue mayor en chicos y en los más jóvenes.

Las limitaciones de la mayoría de estudios realizados hasta el momento para recoger toda la complejidad de la diversidad afectivo-sexual y la necesidad de profundizar más en las preguntas que se realizan a los evaluados se aprecian en los resultados del estudio de Ballester-Arnal and Gil-Llario (2006) con jóvenes de 18 a 23 años donde un 21% de los que se consideraban heterosexuales habían tenido deseos homosexuales, un 22% fantasías homosexuales y un 3%, relaciones homosexuales. Y al mismo tiempo, de entre los que se consideraban homosexuales, un 34% habían tenido deseos heterosexuales, un 21% fantasías heterosexuales, y un 24%, relaciones con personas del otro sexo. Eso significa que más de un tercio de la población general en España presenta comportamientos, deseos o atracciones que no encajan con la heteronormatividad imperante.

Pichardo et al. (2007) destaca que los adolescentes LGTBI sufren una importante falta de referentes que puedan ser modelos a seguir. Un dato interesante respecto a la homofobia imperante en nuestra sociedad es que un 13,4% afirmó que si dijera que era LGTBI sus compañeros le pegarían, un 42% que le rechazarían y sólo un 8,4% creía que le apoyarían. Sólo un 53% creía que su familia le apoyaría y el porcentaje se reducía al 32% de los amigos y el 25% del profesorado. Finalmente, un 30% de los adolescentes reconoció haber llevado a cabo acciones homófobas (insultos, burlas, comentarios...). Todos esos datos explican que los adolescentes LGTBI consideren la escuela y el instituto como un lugar inseguro (Pichardo et al., 2009).

En un estudio de Generelo et al. (2012) con parti-

cipantes entre 12 y 25 años que habían sufrido acoso LGB, se encontró que la violencia verbal o psicológica era la principal: un 64% había recibido burlas e imitaciones, un 69% rumores en torno a su persona, un 71% había sido insultado, y un 72% había sufrido que hablaran mal de él o ella por el hecho de ser LGB. En segundo lugar, destacaba la violencia social o relacional, que implica mecanismos concretos de rechazo, exclusión y aislamiento hacia la persona por parte del grupo. Así, a un 37% no le habían dejado participar o le habían aislado y a un 39% le habían dejado de hablar o le habían ignorado por el hecho de ser LGB. En tercer lugar, respecto a la violencia física, un 5% había recibido palizas, un 6% había recibido acoso o agresiones sexuales, un 23% de jóvenes sufrió amenazas, a un 36% le habían tirado cosas o había recibido golpes o empujones. Además, un 14% había recibido algún tipo de violencia a través de internet o móvil. Algo todavía más grave se refiere a la edad de inicio de la violencia. El mayor porcentaje de respuestas se corresponde con la etapa que va desde los 10 a los 16 años. Y el 69% había vivido el acoso en un período superior a un año. Desgraciadamente este problema no se resuelve a medida que crecen los individuos, bien al contrario, suele empeorar. Una prueba la encontramos en el reciente estudio de Morell-Mengual, Gil-Llario y Gil-Juliá (2020) quienes en una muestra de 730 personas homosexuales de entre 18 y 60 años encontraron que entre el 29,6 y el 76,7% habían sido víctimas de violencia psicológica o verbal y entre el 4,2% y el 19,6% habían sufrido violencia física.

Los datos a nivel internacional son similares. Friedman et al. (2011) en un estudio realizado con adolescentes estadounidenses LGTBI hallaron que éstos presentaban 3,8 veces más probabilidades de padecer abuso sexual, 1,2 veces agresiones físicas de los padres, 1,7 veces agresiones en la escuela y 2,4 veces abandono de la escuela por miedo. Por

su parte, Mitchell et al. (2014) en un gran estudio con una muestra de 5907 adolescentes de 13 a 18 años, encontraron que un 23-72% sufrió acoso sexual en el último año.

El impacto del problema en las esferas personal y social es elevado. Los comportamientos no heterosexuales son con demasiada frecuencia castigados por la propia sociedad poniendo, en riesgo la salud mental e incluso física de las personas que representan esa diversidad y los adolescentes son especialmente vulnerables a este hecho. En 2006, ILGA Europa (Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales) presentó un informe paneuropeo que muestra cómo estos jóvenes se enfrentan a la discriminación y exclusión en su vida diaria: sufren distanciamiento de su familia, así como acoso y marginación en la escuela, lo que les puede llevar a tener problemas de fracaso escolar y abandono de los estudios, baja autoestima y problemas mentales.

Es frecuente que la discriminación y la violencia que sufren las personas LGTBI comience en la escuela y hoy sabemos que esos eventos están relacionados con una mayor tendencia a la depresión (Cochran, 2001; Shenkman & Shmotkin, 2010), ansiedad generalizada (King et al., 2008), ansiedad social (Roberts et al., 2011), baja autoestima, estrés post-traumático, abuso de sustancias (Cochran, 2001), aislamiento, intento de suicidio (Almeida et al., 2009; Cochran, 2001), suicidio (D'Augelli et al., 2002; Espegel et al., 2008) y en general con todo tipo de problemas mentales (Chakraborty et al., 2011; Cornellà i Canals, 2010). De hecho Meyer (2003) afirma que los gays y lesbianas tienen 2,5 veces más probabilidad de padecer problemas de salud mental comparados con los heterosexuales. Sabemos además que el estatus de víctima, así como esos efectos suelen ser duraderos en el tiempo y que algunas de estas personas siguen teniendo síntomas de estrés post-traumático como consecuencia del recuerdo de las

experiencias de acoso en la escuela (Rivers, 2004; Rivers & Cowie, 2006).

En nuestro país, Espada et al. (2012) hallaron que los adolescentes no heterosexuales presentaban mayor sintomatología depresiva, aunque no había diferencias en ansiedad social. Por su parte, Generelo et al. (2012) encontraron que las emociones que más frecuentemente mencionan los adolescentes y jóvenes acosados resultan ser: la humillación (63%), la vulnerabilidad (50%), la incomprensión (57%), el aislamiento (50%), la soledad (53%), la rabia (59%), la impotencia (60%) y la tristeza (59%). Además, el 42% de los jóvenes acosados no recibió ninguna ayuda en el período que duró el acoso. Sólo un escaso 19% recibió ayuda del profesorado. Un 72% de los jóvenes no verbalizaron el malestar que estaban padeciendo en el colegio o instituto por el acoso homofóbico sufrido. Un 43% presentó ideación suicida, el 22% lo llegó a intentar una vez y un 18%, varias veces.

Factores de riesgo y protección

Los datos anteriores indican que los adolescentes LGTBI conforman su identidad a partir del insulto y la agresión que sufren cuando todavía no saben siquiera quiénes son. Crecen con la discriminación y por tanto no es difícil que asuman el rechazo hacia sí mismos en forma de homofobia o bifobia internalizada. La homofobia o bifobia que padecen estos adolescentes se traduce fácilmente en una mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Respecto a los factores explicativos de los mayores problemas de salud mental que encontramos en la población LGTBI, cada vez son más los estudios que apoyan el “modelo de estrés de minorías”, de Meyer (2003, 2007) según el cual, el estrés social al que están sometidas las personas con orientaciones e identidades sexuales no normativas, puede explicar que la prevalencia de trastornos mentales en este colectivo sea mayor. Parece que el apoyo social puede moderar o neutralizar el

impacto que tiene sobre las minorías sexuales la discriminación y el estigma al que están sometidos. La falta de apoyo puede hacer que la persona LGTBi no comunique su orientación o identidad al entorno más próximo pero también incluso, que no llegue a aceptarse a sí misma (Alderson, 2003).

Tenemos datos que indican que el apoyo familiar y por parte de los iguales (D'Augelli et al., 2001; Mitchell et al., 2014) puede reducir enormemente el estrés psicológico y los síntomas derivados de ese estigma social en jóvenes gais.

Almeida et al. (2009) encontraron que adolescentes LGTBi (13-19 años) presentaban más síntomas depresivos, autolesiones (21%) e ideación suicida (30%) que los heterosexuales (6% y 6% respectivamente) y que estos problemas estaban mediados por la discriminación percibida. También Lehavot and Simoni (2011) hallaron que los problemas de salud mental y uso de sustancias en mujeres lesbianas y bisexuales estaban asociados a una mayor victimización, homofobia internalizada y menos recursos psicosociales. Finalmente, Chard et al. (2015), en un estudio realizado en siete países concluyeron que las experiencias de discriminación están asociadas a padecer más problemas mentales (depresión, ansiedad...) e incluso al suicidio. El rechazo de su identidad conduciría a una mayor homofobia internalizada y estigma percibido y por el contrario, la existencia de redes sociales disminuiría la homofobia internalizada.

En este sentido, en nuestro país Martxueta and Etxeberria (2014) encontraron que la aceptación y apoyo por parte de la familia y del entorno estaba relacionada significativamente con la autoaceptación de la orientación sexual. A su vez, una mayor autoaceptación está relacionada con una mayor autoestima, mayor percepción de apoyo de amigos y familia, menor ansiedad y menor depresión. En definitiva, sus resultados indican que el bullying sufrido en el pasado por personas LGTB influye en

el bienestar psicológico de la actualidad y más concretamente en sus niveles de depresión, ansiedad y autoestima. En este sentido, Morell-Mengual et al. (2020) encontraron que la victimización en forma de risas, burlas, golpes y empujones disminuye el nivel de autoestima y aumenta la sintomatología depresiva. Y también, que las dificultades para aceptar la propia orientación, la falta de aceptación de personas significativas del entorno y de apoyo social en general, están asociadas a un menor bienestar psicológico en estas personas (Martxueta & Etxeberria, 2014). También Beltrán-Catalán et al. (2015) han encontrado que el apoyo social recibido después de episodios de bullying puede disminuir sus efectos devastadores incluso a largo plazo.

Violencia de género en adolescentes (teen date violence)

Descripción del problema

La violencia en el noviazgo adolescente (teen dating violence: TDV) se considera una preocupación de salud pública a nivel nacional e internacional (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2017). Este tipo de violencia (TDV) se define como la violencia física, sexual o psicológica/emocional, incluido el acoso, que ocurre dentro de una relación de noviazgo adolescente (Niolon et al., 2019). El TDV es un problema importante de salud pública con consecuencias sustanciales a largo plazo, incluido un bajo rendimiento académico, depresión, ideación suicida, trastornos por consumo de sustancias y victimización por violencia de pareja íntima en adultos (Exner-Cortens et al., 2017; Foshee et al., 2004; Ravi et al., 2019). No se puede obviar o invisibilizar esta problemática, a la luz de los estudios que sitúan los episodios violentos a edades cada vez más tempranas, pues la mayoría señalan

las edades entre los 11 y 17 años como las de mayor impacto de esta realidad violenta (Anderson & Danis, 2007).

Una forma de control sobre la pareja es el denominado cibercontrol. Al respecto, Rodríguez-Castro et al. (2017) señalan que la violencia de control en línea es ejercida bidireccionalmente en las parejas, encontrando entre los motivos utilizados por los chicos y las chicas la desconfianza y los celos, enmascarados por una “falsa” preocupación por su pareja.

Epidemiología nacional e internacional

La violencia durante el noviazgo juvenil ha sido menos estudiada que en adultos, pero su frecuencia es igualmente elevada (Esquivel-Santoveña et al., 2013). A nivel internacional, la prevalencia de cualquier forma de violencia en las relaciones de noviazgo juvenil oscila entre el 6 y el 86% (Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Menesini et al., 2011; Próspero & Vohra-Gupta, 2007; Rodríguez-Franco et al., 2012), ya que depende en gran medida del tipo de violencia considerada. Por ejemplo, entre un 30 y un 40% de las personas jóvenes sufren algún tipo de violencia física por parte de su pareja (Muñoz-Rivas et al., 2007; O’Leary et al., 2008). Según López-Cepero et al. (2015), en España, el 3,6% de los hombres y el 7,9% de las mujeres se han sentido víctimas de maltrato durante alguna relación de noviazgo juvenil (Rodríguez Castro et al., 2009).

A nivel internacional los estudios indican que el 10% de los estudiantes de secundaria de EE.UU. informan victimización por violencia física y el 10% victimización por violencia sexual de pareja (Kahn et al., 2016; Niolon et al., 2019). Sin embargo, The National Survey of Teen Relationships and Intimate Violence informa que el 69% de los adolescentes entre las edades de 12 y 18 años manifestaron haber experimentado violencia en el noviazgo en algún momento de sus vidas (Taylor & Mumford, 2016).

Impacto personal y social

El TDV afecta negativamente la salud física y mental de los adolescentes y se ha asociado con una baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, bajo rendimiento académico, absentismo escolar, conductas sexuales de riesgo y embarazo, ideación suicida, trastornos por consumo de sustancias y victimización por violencia de pareja íntima en adultos (Banyard & Cross, 2008; Debnam et al., 2014; Eaton et al., 2007; Niolon et al., 2019; Vagi et al., 2015).

Factores de riesgo y protección

En un estudio llevado a cabo por Fernández-Fuertes and Fuertes (2010) acerca de los principales factores de riesgo, se subraya que si bien la insatisfacción con la pareja es el motivo más comúnmente señalado para las discusiones entre las parejas, son los celos el factor más importante para explicar los actos agresivos. Al parecer, ejercer determinado tipo de agresión se asocia con haber sido víctima de ese mismo tipo de agresión. Estos autores también hallaron que el deterioro de la relación correlacionaba con ser víctima de agresión verbal-emocional, mientras que la agresión física correlacionaba con haber sido víctima de agresión física. Así pues, la duración de la relación, el deterioro de la relación y los celos (Jackson et al., 2000) son los principales predictores de la violencia en el noviazgo entre los adolescentes. García-Díaz et al. (2018), por su parte, encuentran que tener actitudes de género más igualitarias se asocia con menor probabilidad de vivir situaciones de TDV. Dado el elevado porcentaje de jóvenes que sufren TDV, lograr un cambio en las actitudes sexistas entre los menores es una prioridad en salud pública.

Referencias

- Acción Contra la Pornografía Infantil & Protégeles (2002). *Estudio sobre Seguridad Infantil y costumbres de los menores en Internet*. Descargado de http://www.protegeles.com/docs/estudio_internet.pdf
- Ahern, N. R., & Kiehl, E. M. (2006). Adolescent sexual health & practice—a review of the literature: implications for health-care providers, educators, and policy makers. *Family & community health, 29*(4), 299-313.
- Aisbett, K. (2001). *The Internet at Home: A report on Internet use in the home*. Sydney: Australian Broadcasting Authority.
- Albright, J. M. (2008). Sex in America Online: An exploration of sex, marital status and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research, 45* (2), 175-186.
- Alderson, K. (2003). The ecological model of gay male identity. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12*(2), 75-85.
- Alexander, J. y Anderlini-D'Onofrio, S. (2012). *Bisexuality and Queer Theory*. London: Routledge.
- Almanza, A. C. G., Castillejo, D., & Vargas, G. (2013). Cyberbullying: intimidación entre adolescentes a través de la red social Facebook. *Praxis Pedagógica, 14*, 31-44.
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 1001-1014.
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa, 23*(2), 81-88.
- Anderson, K. M. & Danis, F. S. (2007). Collegiate sororities and dating violence: An exploratory study of informal and formal helping strategies. *Violence Against Women, 13*(1), 87-100. doi: 10.1177/1077801206294808
- Antons, S., & Brand, M. (2018). Trait and state impulsivity in males with tendency towards Internet-pornography-use disorder. *Addictive behaviors, 79*, 171-177.
- Arboleda, M. R. C., Duarte, J. C., & Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria, 25*(2), 157-165.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., y Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402-412. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Bercerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J. ...& Grupo GIDSEEN (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2*(1): 33-36
- Atteraya, M.S., Kimm, H. y Song, I.H. (2014). Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Education and Prevention, 26*(1), 1-12.
- Ballester, R. (2010). Los riesgos del cibersexo en los menores. *II Congreso Estatal sobre los Derechos de los Menores frente a las Nuevas Tecnologías: Intimidad y delitos informáticos contra los menores*. Palma de Mallorca, 17 de mayo.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema, 7*, 95-104.
- Ballester, R., Castro, J., Gil, M. D., Giménez, C. y Ceccato, R. (2014). Exposición involuntaria: impacto en usuarios y no usuarios de cibersexo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1* (1), 517-526.
- Ballester, R., Gil, M. D., Gómez, S. y Gil, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema, 22* (4), 1048-1053.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C. & Kalichman, S. (2015). What works well in HIV Prevention among Spanish young people? An analysis of differential effectiveness among six intervention techniques. *Aids and Behavior, 19*, 1157-1169. Doi: 10.1007/s10461-014-0863-3.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C., Ruiz, R. & Ceccato, R. (2011). Exposición involuntaria a material sexual en internet: Un análisis en la adolescencia y juventud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1* (2), 207-214.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez-García, C. & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 3, 181-191.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E. & Giménez, C. (2010). The role of personality in perceived risk of HIV infection. *International Journal of Behavioral Medicine, 17*, 148.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E., & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Annals of Psychology (Anales de Psicología), 1* (29), 76-82.
- Ballester, R., Gil, MD., Ruiz, E. & Giménez, C. (2010). Does depression influence on HIV risk behavior of youth? *International Journal of Behavioral Medicine, 17*, 149.
- Ballester-Arnal, R. & Gil-Llario, M.D. (2016). Orientación del deseo sexual: Crisis y decadencia de los modelos categoriales. *En A. López de la Llave (Coord.), Sexología positiva: Placer, salud y bienestar* (pp. 59-66). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ballester-Arnal, R. (2019). SALUD Y PREVENCIÓN 2.0: el papel de internet en la prevención sexual del vih. *Conferencia en X Jornadas de sensibilización y formación en VIH y VHC de Ashecová*. Valencia: 30 de octubre.
- Ballester-Arnal, R. (2020). Disfunciones sexuales, trastornos pa-

- rafílicos y disforia de género. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología (vol.I)*, cap. 14. Barcelona: McGraw-Hill.
- Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D. (1995). Homosexualidad: comportamientos, deseos y fantasías. *Análisis y Modificación de Conducta*, 76, 263-284
- Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D., (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18, 25-30.
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D. y Giménez-García, C. (2020). *Adicción al cibersexo: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. y Gil-Llario, M.D. (2020) Psychiatric comorbidity in Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, vol 107, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., Salmerón-Sánchez, P. & Ruiz-Palomino, E. (2015). HIV Risk Behaviors and Sexual Compulsivity in Spanish Young People. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (Suppl 5), 351.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Castro-Calvo, J. & Giménez-García, C. (2016). HIV-Risk Index: Development and validation of a brief risk index for Hispanic young people. *Aids and Behavior*, 20, 1796-1807. Doi: 10.1007/s10461-016-1411-0.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Castro-Calvo, J., Bergero-Miguel, T. Y. & Guzman-Parra, J. (2018). Transgender Sex Work in Spain: Psychosocial Profile and Mental Health. In L. Nuttbrock (ed.) *Transgender sex work and society*. Pp 350-367. New York: Harrington Park Press.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J. y López-Cárdenas, G. (2017). Sexuality in the Internet Era: Expressions of Hispanic Adolescent and Young People. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24, 140-155.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E. & Giménez-García, C. (2017). Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention among spanish youth. *Aids and Behavior*, 21, 2726-2735. DOI: 10.1007/s10461-017-1815-5.
- Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Castro-Calvo, J. (2016). Cybersex in the "Net generation": Online sexual activities among Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*, 57, 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.036>
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E. & Gil-Llario, MD. (2015). HIV Testing Among Spanish Youth: Analysis of the Mediating Role of the Big Five Personality and Other Psychological Factors. *Aids and Behavior*, 19 (11), 2001-2011. DOI: 10.1007/s10461-015-1084-0.
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E. y Gil-Llario, M.D. (2017). Structural equation modeling test of an integrated model of Spanish youth's condom use. *AIDS and Behavior*, 21, 1407-1416.
- Banyard, V. L., & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: Understanding intervening variables in ecological context. *Violence against women*, 14(9), 998-1013.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1.
- Basterra, V. & Ruiz, R (2016). Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4): 233-234
- Bayoumi, A., Kaul, R., Mazzulli, T., McGee, F., Rourke, S.B., Burchell, A.N., et al. (2017). Serosorting and recreational drug use are risk factors for diagnosis of genital infection with Chlamydia and gonorrhoea among HIV-positive men who have sex with men: results from a clinical cohort in Ontario, Canada. *Sexually Transmitted Infections*, 93, 71-75.
- Beldarrain, N. O. (2015). *Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicológicas en la edad adulta* (Doctoral dissertation, Universidad de Deusto). (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).
- Beltrán-Catalán, M., Zych, I., & Ortega-Ruiz, R. (2015). El papel de las emociones y el apoyo percibido en el proceso de superación de los efectos del acoso escolar: un estudio retrospectivo. *Ansiedad y estrés*, 21(2-3), 219-232.
- Bello-Villanueva, A.M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M. y Oviedo-Trespalcacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 33,169-180.
- Berbesi, D.Y., Segura A.M., Cardona, D. y Caicedo, B. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global: Revista electrónica Semestral de Enfermería*, 16, 154-181.
- Bergero, T., Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G. & Asiain, S. (2012) Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual de los transexuales: el CSTM. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 11-30
- Berman, S. M., Brown, K., Dittus, P., Ferdon, C. D., Gavin, L. E., Harrier, S., Kan, L., Liddon, N., Mackay, A., Markowitz, L., Rangel, M., Ryan, G. W., Stenberg, M., Ventura, S. F., & Rangel, M. (2009). *Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years—United States, 2002-2007*.
- Bernete, F. (2009) Usos de las TIC, relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud y nuevos medios de comunicación*, 97, 98-114.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. y Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548.
- Black, D.A., Heyman, R. E, & Smith-Slep, A.M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and violentbehavior*, 6 (2-3), 203-229. doi: 10.1016/s1359-1789(00)00023-9.

- Bleakley, A., Hennessy, M., & Fishbein, M. (2011). A model of adolescents' seeking of sexual content in their media choices. *Journal of Sex Research, 48*(4), 309-315. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.497985>
- Boies, S. C., Knudson, G. y Young, J. (2004): The Internet, Sex, and Youths: Implications for *Sexual Development. Sexual Addiction & Compulsivity, 11* (4), 343-363.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., y McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*(3), 468-475.
- Brito, M.O., Davis, M. y Chakrabarti (2014). A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*, 203-208.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Annals of Psychology, 31*(2), 552-561.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows*. Minneapolis, MN: Compcare.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L. y Griffin, E. J. (2007). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior*. Center City, MN: Hazelden educational materials.
- Castro, Y. R., Fernández, M. L., Fernández, M. V. C., & Garrido, J. M. F. (2009). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente: Estado de la cuestión. *Summa Psicológica UST, 6*(2), 131-142.
- Cavaglioni, G. y Rasthy, E. (2010). Narratives of suffering among Italian female partners of cybersex and cyber-porn dependents. *Sexual Addiction and Compulsivity, 17*, 4, 270-287.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Understanding teen dating violence. Fact Sheet. *Injury Center: Violence Prevention*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-2014-a.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual*. Descargable en: <https://www.cdc.gov/std/>.
- Centro Nacional de Epidemiología (2017). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015*. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia_ITS_1995_2015_def.pdf.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernández-Aranda, F., y Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(1), 168-179. <http://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, T.C., Lucassen, M.F.G., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E.M., y Rossen, F.V. (2014) The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health, 55*, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clayton, A. H., & Hamilton, D. V. (2009). Female sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics, 36*(4), 861-876.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter?. *American psychologist, 56*(11), 931-947.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 29*, 485-495.
- Cooper, A., Putnam, D.E., Planchon, L.A. y Boies, S.C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 6*, 79-104.
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S. y Gordon, B. (1999). Sexuality and the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology, 30*, 154-164.
- Cooper, K., Quayle, E., Jonsson, L., & Göran, C. (2016). Adolescents and self-taken sexual images: A review of the literature. *Computers in Human Behavior, 55*, 706-716. doi: 10.1016/j.chb.2015.10.003
- Cornellà-Canals, J. (2010). La sexualidad en la adolescencia. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 10*(61), 4191-4195.
- Cortés, D. C., & Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicohema, 20*(4), 509-515.
- Covington, S. N., Martinez, P. E., Popat, V., Nandagopal, R., Ryan, M., & Nelson, L. M. (2008). The psychology of antecedents to adult reproductive disorders in adolescent girls. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1135*, 155.
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., & King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *British Journal of Psychiatry, 198*(2), 143-148.
- Champion, AR. & Pedersen, CL. (2015). Investigating differences between sexters and non-sexters on attitudes, subjective norms, and risky sexual behaviours. *Can J Hum Sex, 24*, 205-214
- Chard, A. N., Finneran, C., Sullivan, P. S., & Stephenson, R. (2015). Experiences of homophobia among gay and bisexual men: results from a cross-sectional study in seven countries. *Culture, health & sexuality, 17*(10), 1174-1189.
- Choi, E. P. H., Wong, J. Y. H. y Fong, D. Y. T. (2018). An Emerging Risk Factor of Sexual Abuse. *Sexual Abuse, 30*(4), 343-366.
- Choi, H., Van Ouytsel, J., & Temple, J. R. (2016). Association between sexting and sexual coercion among female adoles-

- cents. *Journal of Adolescence*, 53, 164-168. doi: j.adolescence.2016.10.005
- D'Augelli, A. R., & Patterson, C. J. (2001). Lesbian, gay and bisexual identities and youth: psychological perspectives. Nueva York: Oxford University Press.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167.
- Daneback, K., Cooper, A., y Mansson, S. (2005). An Internet study of cybersex participants. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 321-328
- Daneback, K., Sevcikova, A., Mansson, S. A. y Ross, M. W. (2013). Outcomes of using the Internet for sexual purposes: Fulfillment of sexual desires. *Sexual Health*, 10, 26-31.
- De Paul, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B.
- Debnam, K. J., Johnson, S. L., & Bradshaw, C. P. (2014). Examining the association between bullying and adolescent concerns about teen dating violence. *Journal of school health*, 84(7), 421-428.
- Delevi, R., & Weisskirch, R.S. (2013). Personality factors as predictors of sexting. *Computers in Human Behavior*, 29 2589-2594.
- Delmonico, D. y Carnes, P. (1999). Virtual sex addiction: when cybersex become the drug of choice. *CyberPsychology & Behavior*, 2, 457-463.
- Díaz, I., Gil, M.D., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R.J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 415-422.
- DiStefano, A. S. (2008). Suicidality and self-harm among sexual minorities in Japan. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1429-1441. <https://doi.org/10.1177/1049732308322605>
- Eaton, D. K., Davis, K. S., Barrios, L., Brenner, N. D., Noonan, R. K. (2007). Associations of dating violence victimization with lifetime participation, co-occurrence, and early initiation of risk behaviors among U.S. high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 585-602.
- EDIZIONES (2016). *Tinder no permitirá el acceso a los menores de 18*. Recuperado de <https://www.europapress.es/portaltic/socialmedia/noticia-tinder-no-permitira-acceso-menores-edad-20160609102147.html>
- Ellis, H., & Symonds, J. A. (1897). *Sexual Inversion*. Wilson and Macmillan, 16, John Street, Bedford Row, WC.
- En Ravi, Black, Mitschke & Pearson (2019) Ravi, K. E., Black, B. M., Mitschke, D. B., & Pearson, K. (2019). A pilot study of a teen dating violence prevention program with Karen refugees. *Violence against women*, 25(7), 792-816.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., & Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Espada, J.P., Huedo-Medina, T., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R., Remor, E., Piqueras, J.A. & Antón, F.A. (2009). The level of knowledge about HIV/AIDS as a predictor of high-risk sexual behavior among adolescents. *VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Santiago de Chile*, 27-30 Octubre. Organizado por Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud.
- Espelage, D. L., Aragon, S. R., & Birkert, M. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students. What influence do parents and schools have? *School Psychology Review*, 37(2), 202-216.
- Esquivel-Santoveña, E.E., Lambert, T.L., & Hamel, J. (2013). Partner abuse worldwide. *Partner Abuse*, 4(1), 6-75.
- Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández-Rodríguez, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., ... & López, J. P. (2015). Grupo GIDSEEN. Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de identidad y diferenciación sexual de la sociedad española de endocrinología y nutrición (GIDSEEN). *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 1(6), 45-48.
- Eu Kids Online II (2011). *Riesgos y seguridad en Internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Recuperado de <https://goo.gl/RnDbmp>
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., Bunge, J., & Rothman, E. (2017). Revictimization after adolescent dating violence in a matched, national sample of youth. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 176-183. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.015>
- Family Safe Media (2006). Pornography statistics. Extraído el día 20 de Octubre de 2011 desde http://www.familysafemedia.com/pornography_statistics.html.
- Fernández-Fuertes, A. A., & Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 183-191.
- Fernández-García, O., Ballester-Arnal, R., Iglesias, P., Morell-Mengual, V. & Gil-Llario, M.D. (2018). Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1): 91-104.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., & Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child abuse & neglect*, 8(1), 23-32.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). Trends in children's exposure to violence, 2003 to 2011. *JAMA pediatrics*, 168(6), 540-546.
- Fisher, W., Boroditsky, R., & Morris, B. (2004). The 2002 Canadian

- contraception study: part 2. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 646-656.
- Flander, G. B., Cosic, I., & Profaca, B. (2009). Exposure of children to sexual content on the internet in Croatia. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 849-856.
- Flood, M. (2007). Exposure to pornography among youth in Australia. *Journal of Sociology*, 43 (1), 45-60.
- Foshee, V. A., Benefield, T. S., Ennett, S. T., Bauman, K. E., & Suchindran, C. (2004). Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive medicine*, 39(5), 1007-1016. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.014>
- Frankel, A.S., Bass, S.B., Patterson, F., Dai, T. y Brown, D. (2018). Sexting, Risk Behavior, and Mental Health in Adolescents: An Examination of 2015 Pennsylvania Youth Risk Behavior Survey Data. *Journal of School Health*, 88, 190-199.
- Frawley y Wilson, 2016). Frawley, P. y Wilson, N.J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and Disability*, 34, 469-484.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health*, 101(8), 1481-1494.
- Galinsky, A. M., & Sonenstein, F. L. (2011). The association between developmental assets and sexual enjoyment among emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 610-615.
- Gámez-Guadix, M. y de Santisteban, P. (2018). "Sex Pics?": Longitudinal predictors of sexting among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.032>.
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Borrajo, E. y Calvete, E. (2015). Prevalence and association of sexting and online sexual victimization among Spanish adults. *Sexuality Research and Social Policy*, 12, 145-154.
- Gámez-Guadix, M., de Santisteban, P., y Resett, S. (2017). Sexting among Spanish adolescents: prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29, 29-34.
- Gandasegui, V. D. (2011). Mitos y realidades de las redes sociales. *Prisma Social: revista de ciencias sociales*, 6, 340-366.
- García-Barba, M., Castro-Calvo, J., Salmerón-Sánchez, P. y Ballester-Arnal, R. (2017). Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles. *Àgora de Salut*, 4, 163-172.
- García-Díaz, V., Lana-Pérez, A., Fernández-Feito, A., Bringas-Mollada, C., Rodríguez-Franco, L., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2018). Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Atención Primaria*, 50(7), 398-405. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.001>
- Garmendia, M. (2012). Spain. En L. Haddon, S. Livinstone, & Eu Kids Online Network (Eds.). *EU Kids Online: National perspectives* (pp. 187-205) Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Garmendia, M. Jiménez, E., Casado, M.A. y Mascheroni, G. (2016). *Net Children Go Mobile: Riesgos y oportunidades en internet y el uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015)*. Madrid: Red.es/Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G. & Casado, M. A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. UPV/EHU. Bilbao: EU Kids Online. Descargado de [http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU Kids II \(2009-11\)/National reports/Spanish report.pdf](http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU Kids II (2009-11)/National reports/Spanish report.pdf).
- Garner, B. (2011). *Garner's dictionary of legal usage* (3 ed.). Nueva York: Oxford University Press. Recuperado de <http://goo.gl/bCH4rE>.
- Generelo, J., Garchitorena, M., Montero, P., & Hidalgo, P. (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid, COGAM/FELGTB.
- Gil, M. D., Ruiz, E., Ballester, R., Giménez, C. & Castro, J. (2012) ¿Qué piensan los adolescentes españoles sobre el Sida? Conocimientos, actitudes y creencias sobre la infección por VIH. *XV Congreso nacional sobre el Sida. Madrid (España), del 6 al 8 de Junio*. Publicado en libro de actas: pág. 125.
- Gil, M.D., Ballester, R., Giménez, C. & Salmerón, P. (2014). Effectiveness of HIV prevention for women: what is working. *AIDS & Behavior*. 18(10), 1924-33.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. doi: <https://doi.org/10.1111/jir.12455>.
- Gil-Llario, M.D. & Meléndez, J.C. (2006). Desarrollo psicosexual. *En A.I. Córdoba; A. Descals y M.D. Gil-Llario (Coords): Psicología del desarrollo en la edad escolar*, pp. 213 - 226 (España): Ediciones Pirámide. ISBN 84-368-2022-3.
- Gil-Llario, M.D. (2013). *El diseño de programas de educación para la salud en contextos educativos*. En R.Ballester-Arnal y M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 47-58). Suffolk: Pearson.
- Gil-Llario, M.D. y Ballester-Arnal, R. (2016). El sexting: un nuevo reto para la educación sexual en la escuela. *En V. Gavidia (coord.), COMSAL: Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria (pp.211-225)*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C. y Morell-Mengual, V. (2019). Sexting en la adolescencia: prevención e intervención en contextos educativos. *En B. Lucas y M. Giménez (coords). Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Iglesias-Campos, P., Gil-Juliá, B., & Caballero-Gascón, L. (2018). Sexting en chicos y chicas

- preadolescentes: análisis de las diferencias. Comunicación presentada al *4th International Congress of Clinical and Health Psychology on children and adolescents*. Palma de Mallorca, 15-17 de noviembre.
- Gil-Llario, M.D., Fernández-García, O.A. y Bergero, T. (2020). Perfil sociodemográfico asociado a la ideación suicida de las personas transexuales. *Informació Psicològica*, 120, 93-105. DOI: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2020.120.3
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I. & Ballester-Arnal, R. (2019). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 63 (2) 138-148, doi: 10.1111/jir.12555
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Giménez-García, C. y Ballester-Arnal, R. (2020). The Phenomenon of sexting among Spanish teenagers: Prevalence, attitudes, motivations and explanatory variables. *Annals of Psychology*, vol 36, n°2, 210-219. <https://doi.org/10.6018/analesps.390481>
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Jiménez-Martínez, M.C., Iglesias-Campos, P., Gil-Julia, B. y Ballester-Arnal, R. (2020). Culture as an influence on sexting attitudes and behaviors: A differential analysis comparing adolescents from Spain and Colombia. *International Journal of Intercultural Relations*, 79, 145-154.
- Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. & Morell-Mengual, V. (2016). Influence of sexual sensation seeking, sexual compulsivity and sexual pleasure in condom use among Spanish youth: implications for HIV interventions. *Journal of Preventive Medicine and Care*, 1, 1-8. DOI: 10.14302/issn.2474-3585.jpmmc-16-1198.
- Gómez, P., Rial, A., Braña, T., Golpe, S., & Varela, J. (2017). Screening of Problematic Internet Use among Spanish adolescents: Prevalence and related variables. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4), 259-267. doi: 10.1089/cyber.2016.0262
- González, F., & Ortiz, M. Á. C. (2016). Evaluación del perfil psicosocial en menores víctimas de abuso sexual: diferencias por sexo y edad. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 87-98.
- González-Ortega, E. y Orgaz-Baz, B. (2013). Minors' exposure to online pornography: prevalence, motivations, contents and effects. *Anales de Psicología*, 29. Descargado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200003
- González-Ortega, E. y Orgaz-Baz, B. (2013). Minors' exposure to online pornography: prevalence, motivations, contents and effects. *Anales de Psicología*, 29. Descargado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200003.
- Gravningen, K., Aicken, C. R. H., Schirmer, H. y Mercer, C. H. (2015). Meeting sexual partners online: Associated sexual behaviour and prevalent chlamydia infection among adolescents in Norway: A cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections*, 92(2), 97-103.
- Gregg, D., Somers, C. L., Pernice, F. M., Hillman, S. B., & Kernsmith, P. (2018). Sexting Rates and Predictors from an Urban Midwest High School. *Journal of School Health*, 88(6), 423-433. doi: 10.1111/josh.12628
- Greydanus, D. E., & Matytsina, L. (2010). Female sexual dysfunction and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 22(5), 375-380.
- Greydanus, D. E., Rimsza, M. E., & Newhouse, P. A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Adolescent Medicine Clinics*, 13(2), 223.
- Greydanus, D.E., & Lyubov, M. (2010). Female sexual dysfunction and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 22(5): 375-380.
- Griffin-Shelley, E. (2003). The Internet and sexuality: a literature review 1983-2002. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 355-370.
- Griffiths, M. (2000). Excessive Internet Use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 537-552.
- Griffiths, M.D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research & Theory*, 2, 111-124.
- Hahn, H. A., You, D. S., Sferra, M., Hubbard, M., Thamotharan, S. y Fields, S. A. (2017). Is it Too Soon to Meet? Examining Differences in Geosocial Networking App Use and Sexual Risk Behavior of Emerging Adults. *Sexuality & Culture*, 22(1), 1-21.
- Hand, J., Heil, S.H., Sigmon, S.C. y Higgins, S.T. (2015). Cigarette smoking and other behavioral risk factors related to unintended pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, e134.
- Harford, T. C., Yi, H. y Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389-1398. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.011.
- Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A. M., Williams, G. M., Bor, W. y Najman, J. M. (2013). Early life course predictors of young adults' gambling. *International Gambling Studies*, 13(1), 19-36. doi: 10.1080/14459795.2012.700941.
- Hebert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piche, C. (2006b). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2.
- Hickey, M., Peate, M., Saunders, C. M., & Friedlander, M. (2009). Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Human reproduction update*, 15(3), 323-339.
- Holliday, C.N., McCauley, H.L., Silverman, J.G., Ricci, E., Decker, M.R., Tancredi, D.J., et al. (2017). Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Journal of Women's Health*, 26, 828-835.

- Hurtado, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 6, 45-52.
- Iglesias-Campos, P., Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Cabañero-Gascón, L., y Giménez-García, C. (2018). Sexting y mitos del amor romántico. Comunicación presentada al *4th International Congress of Clinical and Health Psychology on children and adolescents*. Palma de Mallorca, 15-17 de noviembre.
- ILGA Europa (2006). *La exclusión social de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales en Europa*. Bruselas: ILGA Europa.
- Inman, A. y Singh, D. (2002). Cross-cultural perspectives on love and sex. En L. Burrell y D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality counseling* (pp. 41-55). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Movimiento natural de la población. Indicadores demográficos básicos. Descargable en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO) (2009). Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres. Recuperado de: http://aui.es/IMG/pdf_estudio_habitos_seguros_menores_y_econfianza_padres_versionfinal_accesible_inteco.pdf
- INTECO (2011). *Guía sobre adolescencia y sexting: qué es y cómo prevenirlo*. Madrid. Recuperado de <https://goo.gl/lpFJki>
- International Telecommunication Union. (2018). *Measuring the Information Society Report 2018*. Geneva: International Telecommunication Union.
- Jakubczyk, A. A., Klimkiewicz, A. A., Krasowska, A. A., Kopera, M. M., Sławińska-Ceran, A. A., Brower, K. J. y Wojnar, M. M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1560-1568. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.06.010.
- Jansen, B. J. y Spink, A. (2006). How are we searching the World Wide Web? A comparison of nine search engine transaction logs. *Information Processing and Management*, 42, 248-263.
- Játiva, R. y Cerezo, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180-1190. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.005.
- Jones, L. M., Mitchell, K. y Finkelhor, D. (2012). Trends in Youth Internet Victimization: Findings From Three Youth Internet Safety Surveys 2000-2010. *Journal of Adolescent Health*, 50(2), 179-186.
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380, 899-907.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
- Kahn, L., McManus, T., Harris, W., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., & Zaza, S. (2016). Youth risk behavior surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveill. Summ*, 65(6), 1-174. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1>
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further development and use with HIV-positive persons. *Journal of personality assessment*, 76(3), 379-395.
- Kaplan, M. y Krueger, R. (2010). Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 2, 181-198.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. *BMC psychiatry*, 8(1), 70-85.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana University Press.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Sloan, S. (1948). *Sexual behavior in the human male* (Vol. 1). Philadelphia: Saunders.
- Klein, F. (1978). *The bisexual option: A concept of one hundred percent intimacy*. New York: Arbor-House.
- Klettke, B., Hallford, D. J., & Mellor, D. J. (2014). Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 44-53. doi: 10.1016/j.cpr.2013.10.007
- Kuriansky, J. (2009). Talking to teens with no taboo: What sexuality educators need to know about the sexual issues of adolescents. *Sexuality education: Past, present, and future*, 2. Westport, CT: Praeger.
- Labay, M., Labay, A., & Labay, M. (2011). Internet, sexo y adolescentes: una nueva realidad. Encuesta a jóvenes universitarios españoles. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13, 225-32.
- Laier, C., Pekal, J., y Brand, M. (2015). Sexual excitability and dysfunctional coping determine cybersex addiction in homosexual males. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 505-511.
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780.
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 159-170.
- Levenson, J. S., & Morin, J. W. (2006). Risk assessment in child sexual abuse cases. *Child Welfare-New York*, 85 (1), 59.
- Leventhal, J. M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 481-491. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00014-3.
- Livingstone, S. & Bober, M. (2005) *UK children go online. Final*

- report of key report findings. London, UK: London School of Economics and Political Science.
- Livingstone, S. & Smith, P. (2014). Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 635-654. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12197>
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 196.
- López, F. (2018). Disforia de género en la infancia y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 4(2).
- López-Cepero, J., Lana, A., Rodríguez-Franco, L., Paíno, S. G., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2015). Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 21-26.
- Luder, M.T., Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P.A. y Suris, J.C. (2011). Associations between online pornography and sexual behavior among adolescents: Myth or reality? *Archives of sexual behavior*, 40, 1027-1035.
- Madansky, D. (1996). *Abusos sexuales. Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona. Masson, 355-362.
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C.L., Van Ouystsel, J., y Temple, J.R. (2018). Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior among Youth. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327-335. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5314
- Máida, A., Molina, E., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X., & Abarca, C. (2005) La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 41-47. doi: 10.4067/S0370-41062005000100005.
- Martinet y Legry, 2014 Martinet, M. & Legry, C. (2014). Sexual abuse and intellectual disability: Awareness for a better intervention, *Sexologies*, 23, 91-97.
- Martínez-Otero, J. (2013). La difusión de sexting sin consentimiento del protagonista: un análisis jurídico. *Derecom. Nueva Época*, 12(2), 1-16.
- Martín-García, A., Oter-Quintana, C., Brito-Brito, P. R., Martín-Iglesias, S., & Alcolea-Cosín, M. T. (2013). Patrón sexual ineficaz en un adolescente: abordaje enfermero en atención primaria. *Enfermería Clínica*, 23(5), 231-235.
- Martxueta, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 255-271.
- Martxueta, A., & Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 23-35.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E. L., & Seagraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152.
- Menesini, E., Nocentini, A., Ortega-Rivera, F. J., Sanchez, V., & Ortega, R. (2011). Reciprocal involvement in adolescent dating aggression: An Italian-Spanish study. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(4), 437-451.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. En I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 242-267). Nueva York: Spring
- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P. A., Gmel, G., & Suris, J. C. (2012). Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 25-31.
- Misra, A. (2014). *Internet data consumption to reach 607 terabytes per second by 2020: 35% will be for pornography!* Recuperado de: dazeinfo.com/2014/04/17/internet-data-consumption-reach-607-terabytes-per-second-2020-35-will-pornography/
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D. y Wollak, J. (2003). The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: A national survey of risk, impact, and prevention. *Youth & Society*, 34, 330-358.
- Mitchell, K. J., Ybarra, M. L., & Korchmaros, J. D. (2014). Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child abuse & neglect*, 38(2), 280-295.
- Mmari, K., Moreau, C., Gibbs, S.E., De Meyer, S., Michielsen, K., Kabiru, C.W. ...& El-Gibaly, O. (2018). 'Yeah, I've grown; I can't go out anymore': differences in perceived risks between girls and boys entering adolescence, *Culture, Health & Sexuality*, 20:7,787-798, DOI: 10.1080/13691058.2017.1382718
- Moody, C., y Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of sexual behavior*, 42(5), 739-752. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Moreau, C., Kågesten, A. E., & Blum, R. W. (2016). Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC public health*, 16(1), 1170.
- Morelli, M., Bianchi, D., Baiocco, R., Pezzuti, L., & Chirumbolo, A. (2016). Sexting, psychological distress and dating violence among adolescents and young adults. *Psicothema*, 28(2), 137-142.
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M.D. y Gil-Juliá, B. (2020). Prevalencia e influencia de la violencia homofóbica sobre la sin-

- tomatología depresiva y el nivel de autoestima. *Informació Psicològica*. doi: 10.14635/IPSIC.2020.120.6
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167-174. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.003.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D., & González, M. P. (2007). Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 298-304.
- Niolon, P. H., Vivolo-Kantor, A. M., Tracy, A. J., Latzman, N. E., Little, T. D., DeGue, S., Lang, K. M., Estephan, L.F., Ghazarian, S., Kamwa, W. L., Taylor, B., Johnson, L., Kuoh, H., Burton, T., Fortson, B., Mumford, E. A., Nelson, S. C., Joseph, M. A., & Sharp, A. T. (2019). An RCT of dating matters: effects on teen dating violence and relationship behaviors. *American journal of preventive medicine*, 57(1), 13-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.022>
- O'Sullivan, L. F., & Majerovich, J. (2008). Difficulties with sexual functioning in a sample of male and female late adolescent and young adult university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 109-121.
- Ogas, O., & Gaddam, S. (2011). *A billion wicked thoughts*. New York, NY: Penguin.
- O'Leary, K. D., Slep, A. M. S., Avery-Leaf, S., & Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42(5), 473-479.
- Omar, H. A., Greydanus, D.E., Patel, D. R., & Merrick, J. (2008). Adolescence, chronic illness and disability. *Internat J Disabil Hum*.
- OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach] ISBN 978-92-4-351288-4
- OMS (2019) Mortalidad materna. Consultado en marzo de 2021 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS (2021) Definición de la salud sexual. Consultado en marzo de 2021 en https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- ONUSIDA (2018). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
- Optenet (2010). *Estudio preliminar sobre tendencias en Internet: Contenidos con más presencia en la Web y evolución 2009 - 2010*. Consultado el 4 de marzo de 2021 en <https://antonio-gonzalez.es/wp-content/uploads/2010/04/Optenet-EstudioTendencias-Internet-2009-2010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Notas descriptivas: Infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Adolescent pregnancy*. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Orzack, M.H. y Ross, C.J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 113-125. Special Issue: Cibersex: The dark side of the force.
- O'Sullivan, L. F., Brotto, L. A., Byers, E. S., Majerovich, J. A., & Wuest, J. A. (2014). Prevalence and characteristics of sexual functioning among sexually experienced middle to late adolescents. *The journal of sexual medicine*, 11(3), 630-641.
- O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., Brotto, L. A., Majerovich, J. A., & Fletcher, J. (2016). A longitudinal study of problems in sexual functioning and related sexual distress among middle to late adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 318-324.
- Owens, E. W., Behun, R. J, Manning, J. C. y Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 99-122.
- Palacios, S., Castaño, R., & Grazziotin, A. (2009). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*, 63(2), 119-123.
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881-892.
- Paxton, K. C., & Robinson, W. L. (2008). Depressive symptoms, gender, and sexual risk behavior among African-American adolescents: Implications for prevention and intervention. *Journal of prevention & intervention in the community*, 35(2), 49-62.
- Pereda, N. & Forns, M. (1997). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect*, 31:417-26.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores* (Tesis doctoral). Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2533/02.NPB_INVESTIGACION_EMPIRICA.pdf?sequence=3.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Pereda, N., & Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista española de medicina legal*, 39 (1), 19-25.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31 (4), 417-426.
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015a). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in juvenile justice. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-29. doi: 10.1177/0886260515597440.

- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015b). Victimization and polyvictimization among Spanish adolescent outpatients. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 24 (9), 1044-1066.
- Pereda, N., Guilera, G., Forn, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342.
- Pérez, P., De la Fuente, S., García, L., Guijarro, J., y De Blas, M. E. (2010). *Estudio sobre seguridad y privacidad en el uso de los servicios móviles por los menores españoles*. Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO y Orange. <https://www.reicaz.org/reicaz-e/intecomv.pdf>
- Pérez-Bonet, G. (2010). Cibersocialización y adolescencia: un nuevo binomio para la reflexión en educación social. *Revista de Educación Social*, 11. Recuperado de goo.gl/8mc1lv
- Perez-Brumer, A., Day, J.K., Russell, S.T. y Hatzenbuehler, M.L. (2017) Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739-746. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>.
- Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2006). Adolescents' exposure to sexually explicit material on the Internet. *Communication Research*, 33(2), 178-204.
- Philaretou, A., Mahfouz, A., y Allen, K. (2005). Use of Internet pornography and men's well-being. *International Journal of Men's Health*, 4, 149-169.
- Pichardo, J. I., Molinuevo, B., & Riley, R. L. (2009). Achieving real equality: A work in progress for LGBT youth in Spain. *Journal of LGBT Youth*, 6(2-3), 272-287.
- Pichardo, J. I., Molinuevo, B., Rodríguez, P. O., Martín, N., & Romero, M. (2007). Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Madrid, España.
- Plant, M. y Plant, M. (2003). Sex Addiction: a comparison with dependence on psychoactive drugs. *Journal of Substance Use*, 8, 260-266.
- Pollack, W., & Schuster, T. (2000). *Real boys' voices: Boys speak out about drugs, sex, violence, bullying, sports, school, parents, and so much more*. Random House.
- Pons-Salvador, G., Martínez, A., Pérez, M., & Borrás, J. J. (2006). La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales en función del diagnóstico de abuso. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 317-330.
- Pornhub (2018). *Pornhub's 2018 Year in Review*. Retrieved February 4, 2018, from <https://www.pornhub.com/insights>
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European urology*, 51(3), 816-824.
- Próspero, M., & Vohra-Gupta, S. (2007). Gender differences in the relationship between intimate partner violence victimization and the perception of dating situations among college students. *Violence and Victims*, 22(4), 489.
- Ragsdale, K., Bersamin, M. M., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Kerrick, M. R., & Grube, J. W. (2014). Development of sexual expectancies among adolescents: Contributions by parents, peers and the media. *The Journal of Sex Research*, 51(5), 551-560.
- Reid, R.C. y Kafka, M.P. (2014). Controversies about hypersexual disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6 (4), 259-264.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Koch, A. y Rösler, M. (2014). ADHS und sexueller Missbrauch. = ADHD and child sexual abuse. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 62(3), 175-181. doi: 10.1024/1661-4747/a000193.
- Ringrose, J., Gill, R., Livingstone, S., & Harvey, L. (2012). *A qualitative study of children, young people and sexting: a report prepared for the NSPCC*. Recuperado de <http://goo.gl/SJiCnq>
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay, men, and bisexuals. *Crisis*, 25(4), 169-175.
- Rivers, I., & Cowie, H. (2006). Bullying and homophobia at UK schools: A perspective on factors affecting resilience and recovery. *Journal of Gay and Lesbian Issues in Education*, 3(4), 11-43.
- Roberts, K. E., Schwartz, D., & Hart, T. A. (2011). Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) adolescents and young adults. In C. Alfano & D. Beidel (Eds.) *Social anxiety disorder in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*. Washington, DC: American Psychological Association
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., González-Fernández, A., Lameiras-Fernández, M., y Carrera-Fernández, M. V. (2017). Spanish adolescents' attitudes towards sexting: Validation of a scale. *Computers in Human Behavior*, 73, 375-384. Doi: 10.1016/j.chb.2017.03.049
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., Lameiras-Fernández, M., & Faílde-Garrido, J.M. (2018). Del sexting al cibercontrol en las relaciones de pareja de adolescentes españoles: análisis de sus argumentos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 170-178. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n3.4>
- Rodríguez-Franco, L., Borrego, J. L. C., Rodríguez-Díaz, F. J., Mollada, C. B., Pineda, C. E., Bellerín, M. Á. A., & Quevedo-Blasco, R. (2012). Labeling dating abuse: Undetected abuse among Spanish adolescents and young adults. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 55-67.
- Ross, M. W., Mansson, S. A. y Daneback, K. (2011). Prevalence, severity and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of Sexual Behavior*, publicado online el 12 de mayo de 2011.

- Ross, M., Rosser, B., McCurdy, S., y Feldman, J. (2007). The advantages and limitations of seeking sex online: a comparison of reasons given for online and offline sexual liaisons by men who have sex with men. *Journal of Sex Research*, 44, 59-71.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D. (2015). Personality as a mediating variable in condom use among Spanish youth. *Journal of Health Psychology*, 22, 537-547.
- Salmeron, P., Ballester, R., Gómez, S., y Gil, M.D. (2009). Adicción a internet en jóvenes. *XVIII Reunión de la SPCV*. Genética y ambiente: de los endofenotipos a la intervención familiar, Peñíscola, 29 y 30 de Mayo de 2009.
- Sánchez, L.I., Mora, J.J., Oviedo, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2017;10(2): 96-103.
- Scott-Sheldon L.A.J., Carey, K.B., Cunningham, K., Johnson, B.T., Carey, M.P. y The MASH Reserch Team. (2016). Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS and Behavior*, 20, 19-39.
- Schneider, J.P. (1994). Sex addiction: Controversy within mainstream addiction medicine, diagnosis based on the DSM-III-R and physician case histories. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*, 1, 19-44.
- Schwartz, M. F. y Southern, S. (2000). Compulsive Cybersex: The New Tea Room. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 217-144.
- Schwartz, M. F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tea room. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 127-144.
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*.
- Shakeshaft, C. (2004). *Educator sexual misconduct: a synthesis of existing literatura*. U.S. Department of Education Document PPSS 2004-09. US Department of Education. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED483143.pdf>
- Shapiro, G. K., Tatar, O., Sutton, A., Fisher, W., Naz, A., Perez, S. y Rosberger, Z. (2017). Correlates of Tinder Use and Risky Sexual Behaviors in Young Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(12), 727-734.
- Shaughnessy, K., Byers, E. S. y Walsh, L. (2011). Online Sexual Activity Experience of Heterosexual Students: Gender Similarities and Differences. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 419- 427.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2011). Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 97-116.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhol, N., Sunthornlimsiri, N. y Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128, 228-231. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.004>.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhol, N., Sunthornlimsiri, N. y Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128, 228-231.
- Stidham, K., Kusunoki, Y., Gatny, H. y Barber, J. (2014). Social discrimination, stress, and risk of unintended pregnancy among young women. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 330-337.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920.
- Storm, M.D. (1980) Theories of Sexual Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5) 783-792.
- Strassberg, D. S., McKinnon, R. K., Sustaíta, M. A., & Rullo, J. (2013). Sexting by high school students: An exploratory and descriptive study. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 15-21. doi: 10.1007/s10508-012-9969-8
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., y Eisenberg, M. E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry research*, 268, 65-67. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.068>
- Taylor, B. G., Mumford, E. A. (2016). A national descriptive portrait of adolescent relationship abuse: Results from the national survey on teen relationships and intimate violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 963-988. doi:10.1177/0886260514564070
- Temple, JR., van den Berg, P., Ling, Y., Paul, JA. y Temple, BW (2014). Brief report: teen sexting and psychosocial health. *J Adolesc*, 37, 33-36.
- Thompson, S. (1996). *Going all the way: Teenage girls' tales of sex, romance, and pregnancy*. Macmillan.
- Thornburgh, D. y Lin, H. S. (2002). *Youth, pornography and the Internet*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
- Tomsa, R. Gutu, S. Cojocar, D. Gutiérrez-Bermejo, B. Flores, N. Jernaro, C. (2021) Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041980>
- Trillo, V., Loreto, N. & Figueroa, C. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *CULCYT*. 49 (1): 51-59.

- Tsai, J. Y., Sussman, S., Pickering, T. A. y Rohrbach, L. A. (2019). Is Online Partner-Seeking Associated with Increased Risk of Condomless Sex and Sexually Transmitted Infections Among Individuals Who Engage in Heterosexual Sex? A Systematic Narrative Review. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 533-555.
- UNICEF (2012). *4º Estudio de maltrato infantil*. Santiago de Chile: Chile. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf.
- Vagi, K. J., O'Malley Olsen, E., Basile, K. C., Vivolo-Kantor, A. M. (2015). Teen dating violence (physical and sexual) among US high school students: Findings from the 2013 National Youth Risk Behavior Survey. *JAMA Pediatrics*, 169(5), 474-482. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Ponnet, K. y Walrave, M. (2014). Brief report: The association between adolescents' characteristics and engagement in sexting. *J Adolesc*, 37, 1387-1391.
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K. y Peeters, E. (2016). Exploring the role of social networking sites within adolescent romantic relationships and dating experiences. *Computers in Human Behavior*, 55, 76-86
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K., & Peeters, E. (2017). Sexting: adolescents' perceptions of the applications used for, motives for, and consequences of sexting. *Journal of Youth Studies*, 20(4), 446-470.
- Van Schrojenstein, H.M.J., Rook, F. y Maaskant, M.A. (2011). The use of contraception by women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 434-440.
- Velezmoro, R., Negy, C. y Livia, J. (2011). Online sexual activity: Cross-national comparison between United States and Peruvian college students. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1015-1025.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M.A., Bermejo, B. y Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.
- Villegas-Castaño, A. y Tamayo-Acevedo, L.S. (2013). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *IATREIA*, 29, 5-17.
- Voisin, D.R., Hotton, A., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A Longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, 35, 1440-1446.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26 (1), 11-22.
- Webster S., Davidson J., Bifulco A., Gottschalk P., Caretti V. Pham T., & Grove-Hills J. (2010). *Scoping Report: European Online Grooming Project*. European Online Grooming Project for the European Commission Safer Internet Plus Programme. Recuperado de <https://goo.gl/5Db5tv>
- Wellings, K., & Mitchell, K. (Eds.). (2012). *Sexual health: a public health perspective*. McGraw-Hill Education (UK).
- Wells, T. T., Vanderlind, W. M., Selby, E. A. & Beevers, C. G. (2014). Childhood abuse and vulnerability to depression: Cognitive scars in otherwise healthy young adults. *Cognition & emotion*, 28(5), 821-833. doi: 10.1080/02699931.2013.86425.
- Whiteley, L. B., Brown, L. K., Swenson, R. R., Valois, R. F., Vanable, P. A., Carey, M. P., ... Romer, D. (2012). African American Adolescents Meeting Sex Partners Online: Closing the Digital Research Divide in STI/HIV Prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 33(1), 13-18.
- Wolak, J., Mitchell, K., & Finkelhor, D. (2007). Unwanted and Wanted Exposure to Online Pornography in a National Sample of Youth Internet Users. *Pediatrics*, 119(2), 247-257. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1891>
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S.J. et al. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39:1-6, 2013.
- World Health Organization. Sexual Health. (2012). Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/s_h_definitions/en/
- Ybarra, M. L. y Mitchell, K. J. (2016). A national study of lesbian, gay, bisexual (LGB), and non-LGB youth sexual behavior online and in-person. *Archives of Sexual Behavior*, 45(6), 1357-1372.
- Ybarra, M.L & Mitchell KJ. (2014). "Sexting" and its relation to sexual activity and sexual risk behavior in a national survey of adolescents. *J Adolesc Health*, 55, 757-764.
- Young, K. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley & Sons.
- Young, K. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek y T. Jackson (eds). *Innovations in clinical practice: a source book*. Sarasota: Professional Resource Press, pp. 1-13.

Problemas relacionados con el ámbito escolar

José Carlos Núñez Pérez, Celestino Rodríguez Pérez, Ana B. Bernardo y David Álvarez García

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

INDICE

- 110 Dificultades específicas de aprendizaje (DEA)
 - 110 *Características y definición de las dificultades específicas de aprendizaje*
 - 111 *Epidemiología y etiología de las DEA*
 - 112 *Impacto del problema en las esferas personal y social*
 - 113 *Factores de riesgo y protección en las DEA*

- 115 Abandono escolar temprano
 - 115 *Características y definición del abandono escolar temprano*
 - 116 *Epidemiología del abandono escolar temprano*
 - 117 *Impacto del problema en las esferas personal y social*
 - 118 *Factores de riesgo y protección en el abandono escolar temprano*

- 120 Acoso y ciberacoso escolar (bullying y cyberbullying)
 - 120 *Características y definición del acoso y del ciberacoso escolar.*
 - 121 *Epidemiología*
 - 121 *Impacto del problema en las esferas personal y social*
 - 122 *Factores de riesgo y protección en el acoso escolar*

- 123 Referencias

Dificultades específicas de aprendizaje (DEA)

Características y definición de las dificultades específicas del aprendizaje

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico y de Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) incluye las Dificultades Específicas del Aprendizaje (en adelante DEA) en la categoría de Trastornos del Neurodesarrollo. Estas dificultades afectan de forma significativa al aprendizaje de uno o más dominios académicos como leer, escribir, escuchar, hablar, razonar, realizar cálculos matemáticos y resolución de problemas, sin que existan otras causas educativas que lo expliquen, ambientales

o culturales (American Psychiatric Association, 2013). Por otra parte se emplea el término genérico «Trastorno Específico de Aprendizaje», entendido como un diagnóstico general, que incluiría dificultades para aprender habilidades académicas, como lectura, escritura y matemáticas, que se habían clasificado como problemas separados en ediciones anteriores. En resumen, esta última versión del DSM incluye el criterio de gravedad para los DEa, categorizándola dentro los trastornos del neurodesarrollo, y conceptualizándose como dificultades dimensionales en lugar de categorías diagnósticas que deben considerarse como el resultado de múltiples factores de riesgo en interacción.

Por otra parte, la antigua organización categórica de las DEA y su estructura se encuentran profundamente estancadas, y muchas veces no responden al problema real de un contexto educativo más complejo, propuesto por la DSM 5 o la CIE-10. El contexto educativo actual se define como un contexto donde la educación inclusiva, la igualdad, la equidad, la no discriminación y la promoción de las competencias cívicas son aspectos centrales. En este contexto, garantizar la formación y aprendizaje de calidad de todas las personas, independientemente de sus condiciones o circunstancias personales, sociales o económicas, conlleva un nuevo reto para los profesionales, ya que implica ajustar y adaptar el contexto educativo al amplio rango de necesidades que los estudiantes puedan presentar. Es importante destacar que el término «diferencia de aprendizaje» se ha utilizado, cada vez más, para proporcionar una forma socialmente aceptable y concreta de referirse a un rango de lo que se denominan dificultades de aprendizaje. El término «neurodiversidad» encapsula una noción más positiva de «diferencia» en oposición a «déficit» y también es consistente con las concepciones actuales de dificultades de aprendizaje como altamente coexistentes y superpuestos (Kaplan et al., 2001). En su sentido más amplio, el concepto de neurodiversidad define un desarrollo neurológico atípico como una diferencia humana normal que debería ser tolerada y respetada de la misma manera que otras diferencias humanas

Epidemiología y etiología de la DEA

En cuanto a su epidemiología, las DEA se presentan como una de las categorías más frecuentes de estudiantes con necesidades educativas en la mayoría de los países, con tasas de prevalencia de entre el 4 y el 9% para las dificultades en lectura y entre el 3 y el 7% para los problemas en matemá-

ticas (American Psychiatric Association, 2013). En general, su prevalencia estimada varía en función del ámbito de estudio, situándose a través de los diferentes lenguajes y culturas entre el 5% y el 15% (American Psychiatric Association, 2013). Aunque no existen cifras concluyentes y fiables a nivel nacional, resultan aún más preocupantes si tenemos en cuenta que, a menudo, estos estudiantes presentan un alto riesgo de abandono escolar y de bajo rendimiento en estas habilidades básicas, lo que repercute en dificultades prácticas en la vida diaria en la edad adulta, como dificultades para gestionar la vida familiar, mayores tasas de desempleo, o acceso a empleos con menor nivel de cualificación.

Los orígenes de las DEA se han estudiado inicialmente desde una perspectiva centrada en el propio déficit, en lugar de saturarlo en una perspectiva de bienestar. Por ejemplo, las bajas habilidades en lectura y escritura se han venido relacionando con problemas en la representación del sonido o la conciencia fonológica, o en la decodificación, mientras que las bajas habilidades numéricas se han asociado con un déficit en el procesamiento de cantidades o en la representación y manejo de símbolos numéricos (Bellon et al., 2016; Butterworth et al., 2011). Durante los últimos años, sin embargo, los estudios han comenzado a examinar la relación o déficits comunes a las diferentes dificultades específicas (lectura, escritura y matemáticas) con el fin de comprender mejor su origen, y también su asociación. Algunos estudios sugieren que los niños que experimentan un problema en un dominio de aprendizaje con frecuencia muestran también déficits en otros dominios (Landerl & Moll, 2010) mientras otros proporcionan evidencia de que las dificultades de lectura, escritura y matemáticas comparten variación genética (por ejemplo, Kovas et al. (2007).

La etiología de las DEA se ha estudiado desde dominios generales y específicos. Por ejemplo, en el nivel específico, se ha demostrado que las habilidades bajas de lectura y escritura están relacionadas con problemas en la representación de sonidos o comprensión fonológica o decodificación, mientras que las habilidades numéricas bajas se han asociado con un déficit en las cantidades de procesamiento o en el mapeo de símbolos numéricos con representaciones mentales de magnitud. Sin embargo, a nivel general, los investigadores han analizado el papel de la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas en general. El término funciones ejecutivas (FE) se refiere a una mezcla de procesos cognitivos y conductuales como planificación, resolución de problemas, secuenciación, atención, inhibición, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo, entre otros (Pedroli et al., 2015). Todos estos procesos permiten una buena regulación conductual y emocional, y se ha demostrado que juegan un papel importante en el aprendizaje en diferentes áreas como lectura, escritura y matemáticas desde edades muy tempranas.

Cuando hablamos de variables de tipo general, o de mecanismos subyacentes compartidos, nos referimos a el papel de estas funciones ejecutivas (FE). Estas funciones permiten llevar a cabo procesos cognitivos y conductuales complejos, y se relacionan con el aprendizaje escolar, el rendimiento académico y habilidades adaptativas para la vida diaria (Pedroli et al., 2015). Estas habilidades comienzan a desarrollarse a edades tempranas (incluso antes del comienzo de la escolaridad formal) y van alcanzando niveles crecientes de perfeccionamiento a lo largo de la maduración del individuo, quedando por lo general establecido su nivel óptimo a la edad de los 20 años. Trabajos de carácter longitudinal muestran el valor predictivo de las

FE en edad infantil sobre el rendimiento académico en etapas educativas posteriores en matemáticas, lectura y escritura (Morgan et al., 2017; Sasser et al., 2015).

Impacto del problema en las esferas personal y social

En 2018, la inversión en Educación en España fue de 51.275,9 millones de Euros, una cuantía que se ha mantenido prácticamente igual en 2019; sin embargo, el porcentaje de población de entre 18 a 24 años que no completa la Educación Secundaria y no sigue ningún otro tipo de educación o formación posterior en 2019, ha sido del 17,3%. Este índice es el más elevado de toda la Unión Europea, seguido de Malta (16,7%), Rumanía (15,3%) y Bulgaria (13,9%), y está muy por encima del hallado en países como Croacia (3%), Lituania (4%), Grecia (4,1 %) o Eslovenia (4,6%), e incluso de la media de la Unión Europea (10,2%) (EUROSTAT, 2020; Mónico et al., 2018). En este sentido, los resultados de las principales pruebas de rendimiento académico como el Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes (PISA) o el Estudio Internacional de Tendencias en Matemáticas y Ciencias (TIMMS) muestran el escaso progreso en matemáticas de algunos países de la Unión Europea, situando a España por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. En relación con la lectura, el estudio internacional de progreso en comprensión lectora (Progress in International Reading Literacy Study) cuyo último informe se presentó en el 2016 y en el que participaron más de 60 países, mostró también pobres resultados del alumnado español de 4º de Educación Primaria que alcanzó los 528 puntos (promedio UE 539; Promedio OCDE 540). Con respecto a los resultados en lectura de la prueba PISA, si bien en 2015 fueron más positivos en nuestro país, situándose ligeramente por

encima de la media de la OCDE (España 496 puntos; promedio OCDE 493 puntos), en 2019. No contamos con datos relativos a los resultados de lectura, debido a la detección de *“comportamiento de respuesta inverosímil”* en varios centros educativos de algunas zonas de España, en la prueba de fluidez lectora (OECD, 2019). La decisión de aplazar la publicación de estos resultados viene dada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), quien manifestó, en nota de prensa, la intención de investigar, junto con el Gobierno español, *“las posibles fuentes de estas anomalías, posiblemente por errores técnicos”* (OECD, 2019).

Teniendo en cuenta la frecuencia de las DEA en el contexto educativo actual, y su impacto, en el presente de la persona y en el futuro a nivel social, la adquisición de competencias instrumentales es una preocupación creciente para la comunidad educativa y para las sociedades, donde la lectura, la escritura y el dominio de las matemáticas son habilidades necesarias para la vida cotidiana. En las últimas décadas, el número de investigaciones que han intentado entender el complejo causal y la relación existente entre las diferentes dificultades específicas (lectura, escritura y matemáticas) ha aumentado exponencialmente, lo que llevado también a la reflexión acerca de los protocolos de evaluación, acciones de prevención o intervención llevadas a cabo a nivel nacional e internacional para conseguir el bienestar del alumnado y sus familias y reducir el fracaso escolar.

En lo que atañe a su impacto social y personal, estas dificultades afectan, no solo directamente a la calidad de los aprendizajes, debido a lo central y básico de las funciones afectadas, sino también a fenómenos como el fracaso y abandono escolar, el cambio de titulación, etc., con implicaciones económicas para gobiernos y universidades (Bernardo, Esteban, Cerezo y Muñiz, 2013). Datos provenientes de

esta realidad en Estados Unidos muestran un índice de abandono entre 2 y 3 veces superior en estudiantes adultos con DEAs que en sus compañeros (Taymans, 2012). Aunque el índice de prevalencia a nivel nacional no está determinado, el número de estudiantes con DEAs que accede a educación postobligatoria (bachiller, ciclos formativos, universidad, etc.) está aumentando, pero, aun así, tan solo un bajo porcentaje alcanza la educación superior (Cortiella y Horowitz, 2014). En 2011 el informe del National Center for Learning Disabilities de Estados Unidos concluyó a través de un estudio longitudinal que un 10% de estudiantes que en los sucesivos dos años estaría en las aulas universitarias estaría afectado por DEAs. Actualmente, uno de los desafíos del Espacio Europeo de Investigación y las políticas nacionales se encaminan a promover la permanencia en el sistema educativo y el aprendizaje a lo largo de toda la vida de las personas, independientemente de sus características personales (Armstrong, Armstrong y Barton, 2016). Tratar de mantener y garantizar la formación de todas ellas conlleva un nuevo reto, que implica ajustar y adaptar el contexto educativo a las necesidades de todo tipo que puedan presentar los estudiantes. Sin embargo, tanto a nivel internacional como en el sistema educativo español, y a diferencia de niveles educativos previos o edades más tempranas, apenas existen protocolos de evaluación, acciones de prevención o intervención basadas en evidencias científicas (Schelke et al., 2017).

Factores de riesgo y protección en las DEA

Conscientes de la realidad en cuanto a la presencia y consecuencias de las Dificultades Específicas del Aprendizaje, en los últimos años han ido apareciendo un número importante de iniciativas con el objeto de ayudar a identificar, convenientemente y en las edades más tempranas, a aquellos alumnos que puedan estar en riesgo de padecer

un problema de aprendizaje futuro. Dichas iniciativas persiguen proporcionar a los profesionales claves y estrategias para que éstos puedan realizar una instrucción educativa a tiempo, en pro de un mejor progreso académico de los estudiantes y de un ajuste escolar satisfactorio, teniendo en cuenta la evaluación y la intervención.

Por otra, junto con las variables instruccionales o contextuales que pueden considerarse como factores de riesgo, es necesario tener en cuenta otros aspectos individuales del alumnado, como son las funciones ejecutivas (FE), entendidas como un conjunto de procesos cognitivos y conductuales como la planificación, resolución de problemas, secuenciación, atención, inhibición, flexibilidad cognitiva, y memoria de trabajo, entre otros, que permiten una buena regulación conductual y emocional, y han mostrado jugar un papel importante en el aprendizaje en diferentes áreas como la lectura, la escritura y las matemáticas, ya desde edades tempranas (Pedroli et al., 2015).

De los estudios actuales y las conclusiones de diferentes asociaciones internacionales en torno a las dificultades de aprendizaje (IARLD, Council for Learning Disabilities, etc.), se derivan dos conclusiones principales: primero, la necesidad de partir de un enfoque preventivo que tenga en cuenta tanto los aspectos específicos del trastorno (conciencia fonológica, capacidad de razonamiento, etc.) como las habilidades generales (funciones ejecutivas) con el fin de realizar una evaluación comprensiva del trastorno; y segundo, el hecho de que ambos componentes (específicos y generales) tengan actualmente protagonismo en el tipo de intervención psicoeducativa a aplicar en estos casos. En este sentido, el uso de las nuevas tecnologías de la información está cobrando especial relevancia hoy en día. El uso de videojuegos educativos (*seriousgames*) y de nuevos formatos de presentación de la información (como los entornos

de realidad virtual) suponen dos promesas emergentes en el campo de la evaluación e intervención en Dificultades Específicas de Aprendizaje y otras necesidades educativas. Creados con un diseño y una narrativa diferente a los de los medios tradicionales, tienen la ventaja de que permiten un aprendizaje más activo por parte del estudiante, incrementando las posibilidades de interacción y manipulación de la información y con ello la motivación, al mismo tiempo que mejoran la agilidad mental, la comprensión, la reflexión y el razonamiento estratégico (Areces et al., 2018; Garmen et al., 2019). Estos enfoques están recibiendo gran interés en la investigación actual y se espera que en los próximos años se instauren como un buen complemento a la labor educativa.

El futuro en cuanto a la identificación e intervención en Dificultades Específicas del Aprendizaje es por tanto prometedor, si bien queda aún trabajo por delante con el fin de validar herramientas y estrategias adaptadas al contexto educativo y social actual, que respondan a las necesidades específicas de los estudiantes teniendo en cuenta sus características, intereses y habilidades, con el fin de lograr una educación verdaderamente inclusiva y de calidad, además de proporcionar a los profesionales de la Psicología Educativa herramientas de diagnóstico y evaluación válidas y fiables.

Dentro de este contexto, uno de los enfoques de prevención que se ha extendido con más éxito en las instituciones educativas y que ha ejemplificado la dicotomía riesgo-protección, es el Modelo de Respuesta a la Intervención -RtI- (Kennedy & Lees, 2015). Dicho modelo combina los procesos de evaluación e intervención educativa, para todos los estudiantes, dentro de un sistema de actuación en el aula de 3 niveles de intensidad (Kuo, 2014).

El Modelo RtI supone además un cambio sustantivo en la conceptualización de las Dificultades de Aprendizaje (centrado en la evolución y el desarro-

llo) a la par que un cambio social y de orientación en lo que a la práctica educativa se refiere. Actúa como un modelo preventivo y al mismo tiempo paliativo (Jiménez, 2012), que se separa del modelo predominante (Modelo de la discrepancia CI-rendimiento) en el que frecuentemente se espera durante varios cursos antes de atender a los niños con problemas de aprendizaje (Tilly, 2006). Ofrece, así, una solución al principal problema del anterior enfoque, adelantando la intervención y agilizando el proceso diagnóstico, base para un buen pronóstico.

La lógica de este enfoque, y sus fases, permite identificar estudiantes que actualmente presentan problemas observables por el profesorado, pero también aquellos que puedan estar pasando desapercibidos y que en el momento actual pueda presentar cierto riesgo en cuanto a un aprendizaje de habilidades instrumentales deficitario. Este modelo se trata por tanto de un modelo prometedor que permite evaluar e identificar estudiantes con dificultades de aprendizaje, diagnosticar e intervenir con ellos según el nivel de necesidad y de manera inclusiva, mejorando el bienestar general de la sociedad.

El beneficio potencial del Modelo Rtl, mediante su dinámico procedimiento de evaluación-intervención-evaluación, es que se trata de un sistema eficaz para medir el progreso y el avance de los alumnos, pero también es un método seguro para monitorear el bajo rendimiento de todo el alumnado ya sea por una falta de interés, de motivación, de aburrimiento o de cualquier otro factor que esté influyendo en su inadecuado aprendizaje (Robertson & Pfeiffer, 2016) y los factores de riesgo. Así, persigue solucionar problemáticas emocionales y conductuales. Conductas desadaptativas y/o comportamientos negativos son evaluadas y en base a los resultados obtenidos se incorporan prácticas educativas, basadas en la investigación, para reducir dichas conductas y fomentar una actitud positiva hacia su vida académica y social.

Abandono escolar temprano

Características y definición del abandono escolar temprano

Tradicionalmente, y con el fin de analizar las situaciones de desajuste entre lo que el sistema educativo esperaba de un alumno y el rendimiento de éste, se ha utilizado el concepto de fracaso escolar que, en muchos casos, finalmente, se traduce en el abandono temprano de los estudios. También se hace referencia al fracaso escolar como “fracaso escolar administrativo” (Martínez, 2011), al entender que se trata de un concepto construido desde la esfera de las políticas públicas y no desde una perspectiva científica (Pascual & Amer, 2013).

Esto, llevado a la práctica, se concreta en la situación de aquellos alumnos que, al finalizar la Educación Secundaria Obligatoria, no continúan sus estudios. Sin embargo, los cambios sociales y políticos con incidencia en el sistema educativo pronto plantearon dificultades al concepto de fracaso escolar, comenzándose a hablar de abandono educativo temprano. Este término hace referencia a la situación de aquellos jóvenes que han abandonado el sistema educativo antes de finalizar la educación secundaria postobligatoria, operativizándose a través de la tasa de abandono temprano, que es el porcentaje de jóvenes entre 18 y 24 años que abandonan los estudios con una titulación de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y no realizan ninguna formación adicional. Dicho de otro modo, la situación de aquellos alumnos con una formación inferior a la de Bachillerato o Ciclos Formativos de Grado Medio (Serrano et al., 2013).

A pesar de ello, y para que en ocasiones el concepto pueda flexibilizarse y ajustarse a la realidad estudiada, existen algunas investigaciones con ciertos matices diferenciales que pueden operativizar el concepto de forma diferente. Tal es el caso, por ejemplo, de los estudios de Álva-

rez y Martínez-González (2016), que definen el abandono escolar temprano (o prematuro) como la situación de los alumnos que alcanzan la edad mínima legal de 16 años sin haber obtenido la titulación de graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

Esto es así debido a que las situaciones que pueden afectar a los alumnos son múltiples, configurando diferentes subtipos de abandono escolar temprano. Así, podemos encontrar el caso de estudiantes que abandonan el sistema escolar antes de los 16 años sin el título y la certificación mínima; el caso de estudiantes que lo abandonan habiendo llegado a la edad mínima de 16 años, pero sin llegar a cuarto curso de la ESO; el caso de los alumnos que salen del sistema habiendo obtenido el título de graduado en ESO, pero que deciden no continuar ningún tipo de estudio; el caso de los alumnos que inician los estudios de Bachillerato o de algún Ciclo Formativo de Grado Medio sin finalizarlo; o el caso de quienes abandonan el sistema tras cursar sin éxito el Bachillerato o los Ciclos Formativos de Grado Medio, ya sea por agotar los plazos temporales establecidos por la normativa, o los requerimientos legales como el número de convocatorias (Fernández Enguita, 2011).

El abandono educativo temprano está ligado, por tanto, a factores educativos como el fracaso escolar, pero también tiene una clara vertiente social pues disminuye las posibilidades de empleo y desarrollo personal y profesional (Escudero, 2005; González González, 2006). La inversión realizada para frenar esta situación, que lleva años siendo un problema endémico de nuestra educación, ha sido amplia y se han aunado esfuerzos desde numerosas líneas de trabajo para intentar solventarla (Bernardo et al., 2020). Es por ello que la Unión Europea (UE) ha planteado como objetivo la reducción de este fenómeno, para lo cual ha configurado

la actual Estrategia Europa 2020, que confiere a este indicador un papel estratégico en la consecución de una economía de mercado, sostenible, basada en el conocimiento y la cohesión social (European Commission, 2010).

Para lograr este objetivo, hay que establecer unos planes de intervención considerando las aportaciones de los investigadores especializados en el tema (Mena Martínez et al., 2010; Tarabini, 2015), quienes señalan que para motivar con el fin de afianzar el éxito escolar se han de abordar aquellos aspectos que ayuden a reforzar el vínculo y la implicación del alumnado con su proceso educativo, es decir, apoyar al alumno para que confíe en sus posibilidades de éxito, mejorar su grado de satisfacción con los centros educativos y trabajar para mejorar las relaciones con su grupo de iguales y con los profesores.

Epidemiología del abandono escolar temprano

La tasa de abandono escolar temprano en España, entendida como el porcentaje de jóvenes de 18 a 24 años que abandonan los estudios sin completar aquellos correspondientes a la educación secundaria postobligatoria, se sitúa en 2019 en un 17,3%, lo que supone un descenso de 0,66 puntos respecto al año anterior (17,9% en 2018) (EUROSTAT, 2019, 2020).

A pesar de registrarse una reducción de esta tasa (el nivel más bajo desde que se tienen datos registrados), sigue siendo un dato preocupante, pues sitúa a España como el país con la tasa más alta de abandono escolar temprano de toda la UE, seguido de Malta (16,7%), Rumanía (15,3%) y Bulgaria (13,9%). Estos índices, además, están muy alejados de la media europea (10,2%) y de las cifras de los países con menor nivel de abandono escolar como son Croacia (3%), Lituania (4%), Grecia (4,1 %) o Eslovenia (4,6%). De este modo, España llegó a 2020 sin alcanzar la meta educativa de reducir el abandono escolar

a un 15%, marcada por la UE (EUROSTAT, 2020).

No obstante, en nuestro país también hay que tener en cuenta que existen amplias diferencias tanto por sexo como por Comunidad Autónoma. Así, en el primer caso, la tasa de abandono escolar temprano asciende en España en el año 2019, al 21,4% entre los varones frente a un 13,0% de las mujeres. En el segundo, las Comunidades Autónomas con menor tasa de abandono para el año 2019 son País Vasco (que destaca como la única CCAA que está por debajo de la media europea, con 6,7%), Comunidad de Madrid (11,9%), Principado de Asturias (12,4%), Galicia (12,6%) y Cantabria (12,8%), mientras que Ceuta (24,7%), las Islas Baleares (24,2%) y Melilla (24,1%) son las que tienen un porcentaje más elevado (MEFP, 2020).

Las diferencias entre Comunidades Autónomas son importantes, pues muestran cómo hay Comunidades Autónomas que ya han alcanzado el objetivo propuesto por la Estrategia Europa 2020 (que tiene como meta una tasa de abandono europea del 10%, si bien acepta como objetivo nacional para España una tasa del 15%), mientras que otras están lejos de lograrlo.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El abandono escolar temprano no solo es un problema educativo de primer orden por su nivel de incidencia, sino también, y quizás en mayor medida, por el impacto del problema en las esferas personal y social y por las consecuencias que puede generar en todos los agentes implicados en el proceso educativo: el estudiante, las familias, los docentes, las instituciones y los organismos socio-políticos (Álvarez & Martínez-González, 2016).

En cuanto a las repercusiones más directas para los afectados, el abandono temprano puede incrementar la sensación de fracaso y elevar los niveles de ansiedad, lo que a su vez conlleva un doble

efecto negativo: en primer lugar, a nivel psicológico, produciendo un deterioro en la autoestima del estudiante, lo que conduce a una devaluación de su autoconcepto académico; y, en segundo lugar, a nivel familiar, por el aumento de conflictividad que esta situación puede producir (Martínez González & Álvarez Blanco, 2005).

Además, el abandono educativo temprano paraliza el proceso educativo, que es un elemento decisivo para garantizar la realización y desarrollo personal, la participación y la incorporación a la vida activa. Esta situación desembocará, de hecho, en una mayor dificultad de acceso al empleo, con un incremento de la probabilidad de obtención de empleos de menor cualificación y remuneración (Rumberger & Rotermund, 2012), lo que puede llevar a su vez y en su caso más extremo a la exclusión social.

Asimismo, los costes económicos para la sociedad son importantes, no solo por la inversión directa que se realiza para sufragar los gastos derivados del proceso de formación del estudiante y por la falta de retorno de la inversión si el alumno abandona los estudios, sino por la reducción en la cualificación profesional de los ciudadanos, tan importante en la sociedad del conocimiento, lo que generaría un menor crecimiento económico del país (Antúnez et al., 2017). De hecho, la European Commission (2013) hace especial hincapié en las consecuencias socio-económicas derivadas del abandono escolar temprano, señalando que incrementa el desempleo, aumenta las desventajas socio-económicas y los problemas de salud, reduce las oportunidades laborales y disminuye las posibilidades de participación en actividades políticas, sociales y culturales, minimizando en definitiva el correcto proceso de adaptación e integración socio-laboral.

Teniendo en cuenta estos aspectos, no es extraño que el Plan para la reducción del Abandono Educativo Temprano del Ministerio de Educación, Cultura

y Deporte (MECD, 2014) mencione la importancia de la prevención del abandono escolar prematuro, haciendo especial énfasis en la necesidad de actuar sobre los factores que pueden desencadenarlo e informando de la existencia de medidas compensatorias que ofrezcan oportunidades de educación y formación para aquellos que ya han abandonado el sistema educativo, lo cual facilitaría tener una nueva oportunidad de inserción.

Factores de riesgo y protección en el abandono escolar temprano

No existe una razón única por la cual los alumnos abandonen prematuramente el sistema educativo. Se trata de un problema multidimensional (Serrano et al., 2013). En la decisión interviene un conjunto de factores y agentes implicados (Bayón Calvo et al., 2017) que configuran el abandono de los estudios como fruto de un proceso de desenganche progresivo en el cual influyen variables relacionadas con

el entorno personal, familiar, social y escolar, existiendo además determinados indicadores de dicha desvinculación progresiva en infantil, primaria y secundaria que se deben considerar para prevenir el abandono (Archambault et al., 2009; Castejón et al., 2016; Choi de Mendizábal & Calero Martínez, 2013; Council of the European Union, 2015; European Commission, 2014; Fernandez-Rio et al., 2017; Fernández Gutiérrez & Calero, 2014; Lamote et al., 2013; Reschly, 2010; Reschly & Christenson, 2012; Rumberger & Rothermund, 2012; Álvarez & Martínez-González, 2016).

Entre estos factores cabe destacar la baja competencia lectora temprana, la asignación a educación especial, el bajo rendimiento académico temprano, las repeticiones, la alta movilidad, la mala conducta académica y social, la falta de asistencia, la desvinculación emocional y los patrones inestables de “engagement” o implicación escolar. En la Tabla 6.1 podemos encontrar un resumen de las variables revisadas en las publicaciones mencionadas.

Tabla 6.1
Factores que Influyen en el Abandono Escolar Temprano

Entorno	Factor
Personal	<ul style="list-style-type: none"> Género. Pertenencia a minoría étnica/gitana, origen inmigrante. Presencia de necesidades educativas (específicas o especiales). Asignación desproporcionada a educación especial. Conductas de riesgo académicas y sociales dentro y fuera de la escuela. Experiencias educativas previas negativas. Diferentes actitudes y motivaciones. Resultados escolares negativos (bajo rendimiento, desfases, repeticiones de curso). Escaso dominio de la lengua. Baja competencia lectora. Escasa autorregulación del aprendizaje. Falta de asistencia escolar. Alta movilidad escolar. Patrones escolares de implicación escolar (“engagement”). Desvinculación emocional de la escuela. Bajo autoconcepto. Bajas o inadecuadas expectativas académicas.
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Bajo estatus socioeconómico. Escaso nivel educativo de los padres. Baja implicación familiar en la educación de sus hijos. Poca valoración familiar de la educación. Problemas familiares. Estructura, recursos y prácticas familiares (capital social).

➡ Continuación

Tabla 6.1
Factores que Influyen en el Abandono Escolar Temprano

Entorno	Factor
Social	Zona aislada y deprivada socioculturalmente. Oportunidades de trabajo temporal. Baja inserción laboral, incluso con estudios superiores.
Escolar	Escasa y/o conflictiva cooperación escuela-familia. Escasa apertura a la comunidad. Composición del estudiantado. Segregación escolar. Escasos recursos (por ejemplo, apoyos educativos). Clima escolar inseguro. Pobre relación profesor-alumnado. Incomprensión intercultural. Prácticas organizativas y docentes inadecuadas: escasez de metodologías docentes innovadoras (como el aprendizaje cooperativo), currículum no adaptado a las necesidades del alumnado, orientación vocacional de baja calidad, manejo inadecuado de la transición primaria-secundaria. Rigidez de estructuras políticas y prácticas (por ejemplo, reenganche o cambio de trayectoria educativa).

A la vista de los factores de riesgo, podemos concluir que la protección frente al abandono escolar temprano necesita de la puesta en marcha de intervenciones a nivel educativo y socio-familiar. Por lo tanto, el camino para mantener el interés y compromiso del alumno con sus estudios pasa por el apoyo y control de la familia en el proceso educativo. Es fundamental un clima educativo familiar supervisado, la supervisión de las tareas académicas, la relación entre los padres y el centro educativo, la asistencia de estos a las reuniones del centro, etc. (Martínez-Seijo et al., 2017). No obstante, no hay que perder de vista la importancia de la coordinación y trabajo en equipo de los profesores que deben de orientar sus intervenciones en el aula para mejorar el clima de clase y propiciar una convivencia positiva. Es decir, mantener un buen clima de aula es fundamental ya que esto ayuda a fomentar una buena relación entre profesor y estudiante, así como entre estudiantes, ayudando a mantener una mejor autoestima en los alumnos (Gázquez et al., 2011). Además, también se pueden adoptar otras medidas que se pueden implementar fácil-

mente desde los centros educativos, por ejemplo, diseñar estrategias de participación de los alumnos en las tareas académicas mediante metodologías atractivas, motivadoras y participativas en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es decir, implementar actividades y acciones diseñando cambios en la metodología docente e implementando algunos contenidos (González et al., 2015) novedosos sobre temas de actualidad, por ejemplo, aprovechando los contenidos transversales, en pro de aumentar el nivel de compromiso o “engagement” que los estudiantes tienen con su centro y con sus estudios.

Como hemos visto, el abandono escolar temprano, supone un importante problema social al que hay que hacer frente potenciando todas las acciones que estén al alcance tanto de las administraciones públicas, como de los centros educativos y las propias familias. Es de suma importancia el acceso de los estudiantes a un sistema educativo de calidad en el que los alumnos puedan desenvolverse con éxito. La Agenda 2030, con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), busca aportar soluciones de manera integrada a las dife-

rentes problemáticas de impacto internacional. Esto quiere decir que el hecho de que un objetivo se cumpla de manera exitosa no tendrá consecuencias de manera aislada, sino que impactará en los otros objetivos de forma positiva potenciando su alcance (un cambio de paradigma frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015). En este sentido, el objetivo 4 tiene como fin proporcionar la educación de calidad en todos los estados miembros de las Naciones Unidas. Para ello, propone potenciar y garantizar el acceso a una educación inclusiva, de calidad y equitativa (ODS-ONU, 2020). Por lo tanto, hay que trabajar en las intervenciones dirigidas a aminorar el abandono de los estudios y potenciar una investigación basada en el diseño y evaluación de estas intervenciones (Bernardo, et al.,2020)

Acoso y ciberacoso escolar (bullying y cyberbullying)

Características y definición del acoso y del ciberacoso escolar

El centro educativo es un contexto clave en el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes. Por lo general, las relaciones sociales que tienen lugar en ellos son satisfactorias y enriquecedoras. Los alumnos aprenden a interactuar y, superando en ocasiones pequeños conflictos, colaboran en el aula y forjan amistades, algunas de las cuales pueden llegar a durar toda la vida. Sin embargo, en ocasiones algunos alumnos se ven implicados en dinámicas negativas, primero de rechazo y, luego, de abuso y maltrato continuado, por parte de sus compañeros, que pueden repercutir muy negativamente sus vidas.

El acoso escolar (*bullying*, en inglés) es un tipo de maltrato entre estudiantes, especialmente grave, caracterizado por agresiones por parte de uno o varios alumnos hacia un compañero de clase

o del centro, que pueden adoptar formas diversas (agresiones físicas, verbales, robos, destrozos, aislamiento,..); ocurre de forma continuada en el tiempo; y en el que existe un desequilibrio de poder entre agresores y agredido (Olweus, 1993). La primera de estas tres características del acoso destaca la intencionalidad del daño, en tanto que una agresión consiste por definición en una acción u omisión intencionada con la que se daña o perjudica a alguien. La segunda característica excluye agresiones puntuales, que no se pueden permitir y merecen ser tratadas, pero que por sí mismas no definen una situación de acoso, salvo que posteriormente se repitan. La tercera característica se refiere a la inferioridad de la víctima con respecto al agresor (en habilidades sociales, apoyo de compañeros...), que es la que posibilita que ocurra el maltrato y se mantenga en el tiempo. No constituiría un caso de acoso, por tanto, una situación en la que dos alumnos se agredan frecuentemente entre ellos, pero en igualdad de condiciones. El hecho de que en el acoso tengan lugar agresiones variadas, continuadas en el tiempo y mantenidas por la inferioridad e indefensión de la víctima, es lo que provoca sus graves consecuencias.

En la actualidad, el teléfono móvil e Internet se han convertido en herramientas imprescindibles de comunicación y socialización. Su uso es prácticamente universal entre los adolescentes españoles (OECD, 2020). Si bien estos medios son utilizados por lo general de forma positiva y enriquecedora, en ocasiones se utilizan para dañar a otras personas. Habitualmente se utiliza el término ciberagresión para hacer referencia a la acción u omisión con la que se molesta, perjudica o daña de forma intencionada a una persona o institución, a través del teléfono móvil o Internet (Smith, 2012). Las ciberagresiones se pueden manifestar de formas diversas. Así, por ejemplo, Nocentini et al. (2010) distinguen ciberagresión

verbal, ciberagresión visual, exclusión online y suplantación. Las ciberagresiones pueden formar parte de un patrón de acoso escolar. Habitualmente se utiliza el término cyberbullying para hacer referencia al acoso escolar a través de dispositivos electrónicos de comunicación.

Las ciberagresiones presentan algunas características que las hacen especialmente problemáticas (Hinduja & Patchin, 2014). En primer lugar, favorecen el anonimato por parte del agresor y, con ello, la desinhibición de su conducta. El agresor se puede sentir impune, a pesar de que en realidad pueda ser identificado. En segundo lugar, en muchos casos, el agresor no presencia las consecuencias sobre la víctima, lo que dificulta que empatice con ella y, con ello, que deje de hacerlo. En tercer lugar, pueden ocurrir en cualquier momento y lugar, lo que complica la supervisión y control por parte de los adultos. Por último, el contenido dañino se puede convertir en viral, es decir, puede ser enviado a mucha gente en muy poco tiempo, lo que multiplica el daño hacia la víctima.

Epidemiología

El acoso escolar y el ciberacoso constituyen un serio problema en la actualidad. Aunque resulta complicado ofrecer una cifra precisa del porcentaje de estudiantes que padecen acoso escolar o ciberacoso en España, debido a la “ley del silencio” que suele rodear estos casos, los datos disponibles advierten de la importancia del problema.

A nivel internacional, el metaanálisis sobre prevalencia del acoso escolar más completo hasta la fecha, realizado por Modecki et al. (2014) y en el que se analizan 80 estudios previos de diferentes países, muestra una prevalencia promedio del 36% de adolescentes víctimas de acoso escolar y del 15% de víctimas de ciberacoso, con una gran variabilidad entre los diferentes estudios. El reciente in-

forme de la UNESCO sobre violencia y acoso escolar en el mundo (UNESCO, 2018) muestra prevalencias similares: casi 1 de cada 3 estudiantes (32%) ha sido acosado por sus compañeros en la escuela en el último mes (un 25% en Europa), y 1 de cada 10 niños ha sufrido ciberacoso.

En España, los estudios nacionales más recientes apuntan a una prevalencia inferior a estos datos generales de carácter internacional, pero también significativa. En el informe publicado por *Save the Children* (Sastre et al., 2016) se concluye que un 9,3% del alumnado de ESO de España ha sufrido acoso escolar y un 6,9% ciberacoso, en los dos meses anteriores a la aplicación de la encuesta; y en el estudio *Health Behaviour in School-aged Children 2018* en España (Moreno et al., 2020) se concluye que el 5,2% de los estudiantes de 5º de Educación Primaria a 2º de Bachillerato han padecido ciberacoso en dos meses previos al estudio, porcentaje que se eleva hasta el 6,9% en chicas de 13-14 años. Los datos recabados por el servicio de atención telefónica a menores de la Fundación ANAR (Ballesteros et al., 2018) muestran que la edad media en la que las víctimas de acoso escolar comienzan a serlo es de 9,8 años y las víctimas de cyberbullying a los 12,2 años.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El Impacto en las esferas personal y social del acoso escolar puede ser grave no sólo para la víctima, sino también para agresores y testigos. Para las víctimas, el acoso escolar puede ser causa de ansiedad (alteraciones del sueño, malestar gástrico, fobia escolar, ansiedad social), sintomatología depresiva (pérdida de interés, baja autoestima,...) y, en los casos más severos, autolesiones, ideación suicida o incluso suicidio consumado (Guhn et al., 2013; Klomek et al., 2010; Sánchez

et al., 2012). En la edad escolar, estos síntomas suelen tener un impacto negativo en lo académico, con problemas de concentración, bajo rendimiento y absentismo escolar (Beran & Li, 2007; Tsitsika et al., 2015). Pasados los años, ya en la edad adulta, las personas que han sido víctimas de acoso escolar pueden mostrar desconfianza y dificultad para establecer nuevas relaciones, e incluso problemas de ansiedad (Sourander et al., 2007).

El acoso escolar también puede tener consecuencias negativas para los agresores. Si los agresores mantienen su acoso durante tiempo es, entre otras cosas, porque sus compañeros permiten que lo hagan. En ocasiones, los compañeros no sólo callan lo que conocen, sino que aprueban de manera explícita el abuso o se unen a él. Esto supone un incentivo para la conducta del agresor, que hace más probable que se siga comportando de esa manera, no sólo en el ámbito escolar. Estudios previos sugieren que ser agresor en situaciones de bullying es predictor significativo de abusar en otros contextos, como el de pareja (Zych et al., 2019). Otra potencial consecuencia negativa para el agresor son las consecuencias legales que pueden acarrear sus actos. En ocasiones, ciertas conductas de maltrato y acoso pueden llegar a constituir un delito y lo que puede comenzar como una chiquillada puede tener graves consecuencias legales para quien las comete -e incluso para sus padres y el centro educativo- (Colás, 2015).

Por último, el acoso escolar puede afectar también negativamente a quienes lo presencian, sin ser víctimas ni agresores. Crecer en un entorno en el que el abuso y las agresiones son habituales, puede insensibilizar hacia este tipo de hechos (Pabian et al., 2016). Se puede normalizar este tipo de situaciones, en realidad inaceptables. También puede insensibilizar hacia la víctima en particular, a la que se puede incluso culpabilizar del maltrato recibido. En ocasiones, los testigos se pueden unir

al maltrato, convirtiéndose en agresores. Esto puede ocurrir o bien por tratar de mejorar su posición social en el grupo (imitando una conducta aprobada por el grupo) o bien por miedo (tratando de unirse a los más poderosos y evitando así convertirse ellos en las próximas víctimas).

Factores de riesgo y protección en el acoso escolar

Los factores que permiten explicar por qué un alumno puede llegar a convertirse en víctima o agresor en situaciones de acoso escolar o cibercoso son múltiples e interactúan entre sí. A continuación, se presentan las principales variables de tipo individual, escolar, familiar y comunitario que pueden actuar como factores de riesgo o de protección.

Entre los *factores individuales* que aumentan la probabilidad *de ser víctima* de acoso escolar, destaca la existencia de algún rasgo diferenciador, que puede servir de excusa a los agresores para el maltrato (por ej., orientación sexual, aspecto físico, alta o baja capacidad...) (Elipe et al., 2018; Álvarez-García et al., 2019), y la timidez, inseguridad, baja autoestima... (García Fernández et al., 2015), que contribuyen a la indefensión de la víctima y la continuidad del maltrato. Entre los factores *escolares*, un escaso apoyo de los compañeros (Alcántara et al., 2017), y un escaso seguimiento y comunicación del profesorado hacia el alumno (Lawson et al., 2013), incrementan la probabilidad de ser acosado. Entre los factores *familiares*, tanto la sobreprotección parental como un escaso apoyo y pobre comunicación entre padres e hijo pueden ser factor de riesgo de victimización (Brendgen et al., 2016; Garaigordobil & Machimbarrena, 2017). Por último, entre los factores *comunitarios*, el escaso apoyo que pueda recibir la víctima por parte de conocidos en su barrio también favorece que el maltrato no se conozca ni se frene (Alcántara et al., 2017).

Respecto a los *factores individuales* que aumentan la probabilidad de ser *agresor*, la falta de empatía y la impulsividad están fuertemente asociadas a ser acosador o acosadora (Casas et al., 2013; Fanti & Kimonis, 2012). No obstante, el maltrato también puede ser planificado (agresividad proactiva) (Fandrem et al., 2009). En ocasiones, una baja autoestima por parte del agresor o la agresora puede estar en el origen del acoso (Guerra et al., 2011). La agresión puede ser utilizada para mejorar su estatus social y, con ello, su autoestima, lo que por otro lado favorecerá la continuidad del maltrato. Los acosadores presentan una pobre competencia social (Postigo et al., 2012), en tanto que se relacionan agrediendo, pero son suficientemente competentes como para ganarse el apoyo de compañeros que amparan con su silencio el maltrato o incluso lo apoyan activamente (Nation et al., 2008). Respecto a los factores *escolares*, los acosadores tienden a presentar un menor compromiso y rendimiento académico (Cerezo & Méndez, 2012). También muestran un menor aislamiento en el grupo que las víctimas (Wang et al., 2012). Actitudes permisivas hacia el acoso por parte de compañeros o profesorado son factor de riesgo (Nocentini et al., 2013). Una pobre relación y comunicación con el profesorado dificulta la identificación temprana del caso (Casas et al., 2013). Haber sido víctima de acoso escolar aumenta la probabilidad de ser posteriormente acosador (Hemphill et al., 2012), en ocasiones como una vía para mejorar estatus social en el grupo y dejar de ser acosado. Entre los factores *familiares*, una actitud positiva de los padres hacia la agresividad y el acoso, y negativa hacia la diversidad de las personas; un estilo parental caracterizado por escaso control y pobre comunicación; y la exposición a violencia familiar, son factores de riesgo (Gómez-Ortiz et al., 2014; Low & Espelage, 2014; Poteat et al., 2013). Respecto a los factores *comunitarios*, tener amigos en

el barrio y, sobre todo, que ellos también acosen o presenten actitudes o conductas antisociales, aumenta la probabilidad de ser acosador (Barboza et al., 2009; Low & Espelage, 2014; Pepler et al., 2008). Los acosadores tienden a pasar más tiempo viendo la televisión o utilizando Internet (Barboza et al., 2009; Casas et al., 2013), entre otros motivos por su tendencia a un escaso compromiso con lo académico. También las condiciones sociopolíticas del país influyen: en los países con mayor desigualdad social es más probable que ocurra acoso (Elgar et al., 2013).

Referencias

- Alcántara, S. C., González-Carrasco, M., Montserrat, C., Viñas, F., Casas, F., & Abreu, D. P. (2017). Peer violence in the School Environment and Its Relationship with Subjective Well-Being and Perceived Social Support Among Children and Adolescents in Northeastern Brazil. *Journal of Happiness Studies*, 18(5), 1507-1532. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9786-1>
- Álvarez, L., & Martínez-González, R.-A. (2016). Cooperación entre las familias y los centros escolares como medida preventiva del fracaso y del riesgo de abandono escolar en adolescentes. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 175-192.
- Álvarez-García, D., Núñez, A., Pérez-Fuentes, M., & Núñez, J. C. (2019). Peer Victimization in Overweight Adolescents and Its Effect on Their Self-Esteem and Peer Difficulties. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010016>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Armstrong, F., Armstrong, D. y Barton, L. (2016). *Inclusive education: Policy, contexts and comparative perspectives*. Londres: Routledge.
- Antúnez, A., Cervero, A., Solano, P., Bernardo, I., & Carbajal, R. (2017). Engagement: A New Perspective for Reducing Dropout through Self-Regulation. In J. A. González-Pineda, A. Bernardo, J. C. Núñez, & C. Rodríguez (Eds.), *Factors affecting academic performance* (pp. 25-46). Nova Science Publishers.
- Archambault, I., Janosz, M., Morizot, J., & Pagani, L. (2009). Adolescent behavioral, affective, and cognitive engagement in school: Relationship to dropout. *Journal of School Health*, 79(9), 408-415.

- Areces, D., Rodríguez, C., García, T., Cueli, M., & González-Castro, P. (2018). Efficacy of a continuous performance test based on virtual reality in the diagnosis of ADHD and its clinical presentations. *Journal of Attention Disorders*, *22*(11), 1081-1091. <https://doi.org/10.1177/1087054716629711>
- Ballesteros, B., Pérez, S., Díaz, D., & Toledano, E. (2018). *III Estudio sobre Acoso Escolar y Cyberbullying según los Afectados. Informe del Teléfono ANAR*. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2018/09/III-Estudio-sobre-Acoso-Escolar-y-Ciberbullying-seg%C3%BAAn-los-afectados.pdf>
- Barboza, G. E., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Korzeniewski, S. J., Post, L. A., & Heraux, C. G. (2009). Individual characteristics and the multiple contexts of adolescent bullying: An ecological perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 101-121. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9271-1>
- Bayón Calvo, S., Corrales Herrero, H., & Ogando Canabal, J. O. (2017). Los factores explicativos del abandono temprano de la educación y la formación en las regiones españolas. *Investigaciones regionales= Journal of Regional Research*(37), 99-117.
- Bellon, E., Fias, W., & De Smedt, B. (2016). Are individual differences in arithmetic fact retrieval in children related to inhibition? *Frontiers in Psychology*, *7*, 825.
- Beran, T., & Li, Q. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *The Journal of Student Wellbeing*, *1*(2), 15-33.
- Bernardo, A. B., Esteban, M., Cerezo, R. y Muñiz, L.J. (2013). *Principales variables influyentes en el abandono de titulación en la Universidad de Oviedo*. Informe PRIOR: PROyecto Integral Orientación Académico-Profesional. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Bernardo, A. B., Tuero, E., Cervero, A., Maluenda-Albornoz, J., & Núñez, J. C. (2020). Incidencia del abandono temprano: contextualización y formas de actuación. In A. B. Bernardo, E. Tuero, L. S. Almeida, & J. C. Núñez (Eds.), *En Motivos y factores explicativos del abandono de los estudios: claves y estrategias para superarlo* (pp. 17-27). Pirámide.
- Brendgen, M., Girard, A., Vitaro, F., Dionne, G., & Boivin, M. (2016). Personal and familial predictors of peer victimization trajectories from primary to secondary school. *Developmental Psychology*, *52*(7), 1103-1114. <https://doi.org/10.1037/dev0000107>
- Butterworth, B., Varma, S., & Laurillard, D. (2011). Dyscalculia: from brain to education. *Science*, *332*(6033), 1049-1053.
- Casas, J. A., Del Rey, R., & Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior*, *29*, 580-587. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.11.015>
- Castejón, J. L., Gilar, R., Veas, A., & Miñano, P. (2016). Differences in learning strategies, goal orientations, and self-concept between overachieving, normal-achieving, and underachieving secondary students. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1438.
- Cerezo, F., & Méndez, I. (2012). Social and health risk behaviours in adolescents. Context intervention proposal for a bullying case. *Anales de Psicología*, *28*(3), 705-719. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156001>
- Choi de Mendizábal, Á., & Calero Martínez, J. (2013). Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España en PISA-2009 y propuestas de reforma. *Revista de Educación*, *362*, 562-593.
- Colás, A. M. (2015). *Acoso y ciberacoso escolar: la doble responsabilidad civil y penal*. Bosch.
- Cortiella, C. y Horowitz, S. H. (2014). *The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues*. New York: National center for learning disabilities.
- Council of the European Union. (2015). Council conclusions on reducing early school leaving and promoting success in schools.
- Elgar, F. J., Pickett, K. E., Pickett, W., Craig, W., Molcho, M., Hurrellmann, K., & al., e. (2013). School bullying, homicide and income inequality: a cross-national pooled time series analysis. *International Journal of Public Health*, *58*, 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0380-y>
- Elipe, P., de la Oliva Muñoz, M., & Del Rey, R. (2018). Homophobic Bullying and Cyberbullying: Study of a Silenced Problem. *Journal of homosexuality*, *65*(5), 672-686. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1333809>
- Escudero, J. M. (2005). El fracaso escolar: nuevas formas de exclusión educativa. In J. G. Molina (Ed.), *Exclusión social, exclusión educativa: lógicas contemporáneas* (pp. 83-108). Diálogos.
- European Commission. (2010). *Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth: Communication from the commission*. Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2013). *Reducing early school leaving: Key messages and policy support*.
- European Commission. (2014). *Tackling early leaving from education and training in Europe: strategies, policies and measures* (9292016377).
- EUROSTAT. (2019). *Early leavers from education and training*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early_leavers_from_education_and_training
- EUROSTAT. (2020). *Early leavers from education and training*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early_leavers_from_education_and_training
- Fandrem, H., Strohmeier, D., & Roland, E. (2009). Bullying and victimization among native and immigrant adolescents in Norway: The role of proactive and reactive aggressiveness. *Journal of Early Adolescence*, *29*(6), 898-923. <https://doi.org/10.1177/0272431609332935>

- Fanti, K. A., & Kimonis, E. R. (2012). Bullying and victimization: The role of conduct problems and psychopathic traits. *Journal of Research on Adolescence, 22*(4), 617-631. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00809.x>
- Fernandez-Rio, J., Cecchini, J. A., Méndez-Gimenez, A., Mendez-Alonso, D., & Prieto, J. A. (2017). Self-regulation, cooperative learning, and academic self-efficacy: Interactions to prevent school failure. *Frontiers in Psychology, 8*, 22.
- Fernández Enguita, M. (2011). Del desapego al desenganche y de éste al fracaso. *Revista de Sociología de la Educación-RASE, 4*(3), 255-269.
- Fernández Gutiérrez, M., & Calero, J. (2014). Los costes no monetarios del abandono educativo prematuro: una estimación en términos de años de buena salud. *Educación XX1, 17*(2), 241-263.
- Garaigordobil, M., & Machimbarrena, J. M. (2017). Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying. *Psicothema, 29*(3), 335-340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.258>
- García Fernández, C. M., Romera Félix, E. M., & Ortega Ruiz, R. (2015). Explicative factors of face-to-face harassment and cyberbullying in a sample of primary students. *Psicothema, 27*(4), 347-353. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.35>
- Garmen, P., Pérez, C. R., Redondo, P. G., & Veledo, J. C. S. P. (2019). Inteligencias múltiples y videojuegos: Evaluación e intervención con software TOI. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*(58), 95-104.
- González González, M. T. (2006). Absentismo y abandono escolar: una situación singular de la exclusión educativa. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 4*(1), 1-15.
- González, S., García, M. P., Ruiz, F., & Muñoz, J. M. (2015). Factores de riesgo del abandono escolar desde la perspectiva del profesorado de Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (España). *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado, 19*(3), 226-245.
- Guerra, N. G., Williams, K. R., & Sadek, S. (2011). Understanding bullying and victimization during childhood and adolescence: A mixed methods study. *Child Development, 82*(1), 295-310. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01555.x>
- Guhn, M., Schonert-Reichl, K. A., Gadermann, A. M., Hymel, S., & Hertzman, C. (2013). A population study of victimization, relationships, and well-being in middle childhood. *Journal of Happiness Studies, 14*(5), 1529-1541. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9393-8>
- Gázquez, J. J., Pérez, M. C., & Carrión, J. J. (2011). Clima escolar y resolución de conflictos según el alumnado: un estudio europeo. *Revista de Psicodidáctica, 16*(1), 39-58
- Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Casas, J., & Ortega-Ruiz, R. (2014). Parenting styles and bullying involvement. *Culture and Education, 26*(1), 132-158. <https://doi.org/10.1080/11356405.2014.908665>
- Hemphill, S. A., Kotevski, A., Tollit, M., Smith, R., Herrenkohl, T. I., Toumbourou, J. W., & al., e. (2012). Longitudinal predictors of cyber and traditional bullying perpetration in Australian secondary school students. *Journal of Adolescent Health, 51*(1), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.019>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2014). *Bullying beyond the schoolyard: Preventing and responding to cyberbullying*.
- Jiménez, J. E. (2012). *Dislexia en español: prevalencia e indicadores cognitivos, culturales, familiares y biológicos*. Piramide.
- Kaplan, B.J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The term "comorbidity" is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities, 34*, 555-565.
- Kennedy, A. S., & Lees, A. (2015). Outcomes of community-based infant/toddler teacher preparation: Tiered supports for pre-service early childhood education teachers in early head start. *American Journal of Educational Research, 3*(6), 770-782.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(5), 282-288
- Kovas, Y., Haworth, C., Harlaar, N., Petrill, S. A., Dale, P. S., & Plomin, R. (2007). Overlap and specificity of genetic and environmental influences on mathematics and reading disability in 10-year-old twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(9), 914-922.
- Kuo, N. (2014). Why is response to intervention (RTI) so important that we should incorporate it into teacher education programs and how can online learning help. *Journal of Online Learning and Teaching, 10*(4), 610.
- Lamote, C., Speybroeck, S., Van Den Noortgate, W., & Van Damme, J. (2013). Different pathways towards dropout: the role of engagement in early school leaving. *Oxford Review of Education, 39*(6), 739-760.
- Landerl, K., & Moll, K. (2010). Comorbidity of learning disorders: prevalence and familial transmission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(3), 287-294.
- Lawson, M. A., Alameda-Lawson, T., Downer, J., & Anderson, E. (2013). Analyzing sub-population profiles and risk factors for school bullying. *Children and Youth Services Review, 35*(6), 973-983. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.03.006>
- Low, S., & Espelage, D. (2014). Conduits from community violence exposure to peer aggression and victimization: Contributions of parental monitoring, impulsivity, and deviancy. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 221-231. <https://doi.org/10.1037/a0035207>
- Martínez González, R. A., & Álvarez Blanco, L. (2005). Fracaso y abandono escolar en Educación Secundaria Obligatoria: implicación de la familia y los centros escolares. *Aula Abierta, 85*.

- Martínez, J. S. (2011). Género y origen social: diferencias grandes en fracaso escolar administrativo y bajas en rendimiento educativo. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 4(3), 270-285.
- Martínez-Seijo, M.L., Rayón, L., & Torrego, J. C. (2017). Las familias ante el abandono escolar. *Revista de pedagogía*, 69(2), 59-78
- MECD. (2014). *Plan para la reducción del Abandono Educativo Temprano*.
- MEFP. (2020). *Abandono temprano de la educación-formación por Comunidad Autónoma, sexo y período. Explotación de las variables educativas de la Encuesta de Población Activa*. Madrid, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/mercado-laboral/epa.html>
- Mena Martínez, L., Fernández Enguita, M., & Riviére Gómez, J. (2010). Desenganchados de la educación: procesos, experiencias, motivaciones y estrategias del abandono y del fracaso escolar.
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Rונים, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602-611.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A., & Leal-López, E. (2020). *La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018*. https://www.msbs.gob.es/profesionales/salud-publica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ResultadosEstudio.pdf
- Morgan, P. L., Li, H., Farkas, G., Cook, M., Pun, W. H., & Hillemeier, M. M. (2017). Executive functioning deficits increase kindergarten children's risk for reading and mathematics difficulties in first grade. *Contemporary educational psychology*, 50, 23-32.
- Mónico, P., & Rodríguez, C. (2018). *Las Necesidades Educativas Especiales en Asturias: prevalencia e inclusión educativa*. *Informes de Evaluación*, 18.
- Nation, M., Vieno, A., Perkins, D. D., & Santinello, M. (2008). Bullying in school and adolescent sense of empowerment: An analysis of relationships with parents, friends, and teachers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 211-232. <https://doi.org/10.1002/cas.921>
- Nocentini, A., Calmaestra, J., Schultze-Krumbholz, A., Scheithauer, H., Ortega, R., & Menesini, E. (2010). Cyberbullying: Labels, behaviours and definition in three European countries. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 20(2), 129-142.
- Nocentini, A., Menesini, E., & Salmivalli, C. (2013). Level and change of bullying behavior during high school: A multilevel growth curve analysis. *Journal of Adolescence*, 36, 495-505. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.02.004>
- ODS-ONU. (2020). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://doi:10.1201/b20466-7>
- OECD. (2019). *Resultados de PISA 2018. España* www.infocoponline.es/pdf/oeudpisa2018.pdf
- OECD. (2020). *ICT Access and Usage by Individuals*. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=ICT_HH2
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Pabian, S., Vandebosch, H., Poels, K., Van Cleemput, K., & Bastiaensens, S. (2016). Exposure to cyberbullying as a bystander: An investigation of desensitization effects among early adolescents. *Computers in Human Behaviour*, 62, 480-487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.022>
- Pascual, B., & Amer, J. A. (2013). Los debates sobre el fracaso y el abandono escolar. Las propuestas educativas internacionales y españolas. *Praxis Sociológica*, 17, 137-156
- Pedroli, E., Serino, S., Cipresso, P., Pallavicini, F., & Riva, G. (2015). Assessment and rehabilitation of neglect using virtual reality: a systematic review. *Front Behav Neurosci*, 9, 226.
- Pepler, D., Jiang, D., Craig, W., & Connolly, J. (2008). Developmental trajectories of bullying and associated factors. *Child Development*, 79(2), 325-338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01128.x>
- Postigo, S., González, R., Mateu, C., & Montoya, I. (2012). Predicting bullying: Maladjustment, social skills and popularity. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 5, 627-639. <https://doi.org/10.1080/01443410.2012.680881>
- Poteat, V. P., DiGiovanni, C. D., Scheer, & J.R. (2013). Predicting homophobic behavior among heterosexual youth: Domain general and sexual orientation-specific factors at the individual and contextual level. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 351-362. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9813-4>
- Reschly, A. L. (2010). Reading and school completion: Critical connections and Matthew effects. *Reading & Writing Quarterly*, 26(1), 67-90.
- Reschly, A. L., & Christenson, S. L. (2012). Jingle, jangle, and conceptual haziness: evolution and future directions of the engagement construct. In S. L. Christenson, A. L. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *Handbook of Research on Student Engagement*. Springer.
- Robertson, S., & Pfeiffer, S. (2016). Development of a procedural guide to implement response to intervention (RtI) with high-ability learners. *Roeper Review*, 38(1), 9-23.
- Rumberger, R., & Rotermund, S. (2012). The relationship between engagement and high school dropout. In S. Christenson, A. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *Handbook of Research on Student Engagement* (pp. 491-513). Springer.
- Sasser, T. R., Bierman, K. L., & Heinrichs, B. (2015). Executive func-

- tioning and school adjustment: The mediational role of pre-kindergarten learning-related behaviors. *Early childhood research quarterly*, 30, 70-79.
- Sastre, A., Calmaestra, J., Escorial, A., García, P., Del Moral, C., Perazzo, C., & Ubrich, T. (2016). Yo a eso no juego: bullying y ciberbullying en la infancia. *Save the Children*.
- Serrano, L., Soler, A., Hernández, L., & Sabater, S. (2013). El abandono educativo temprano: análisis del caso español. *Documento de Trabajo, Madrid: INEE*, 290.
- Schelke, M. W., Shapiro, S. D., Hackett, K., Chen, J., Simchon-Steinhof, S., Ganzer, C. A., ... y Chiang, G. (2017). Diagnosis of developmental learning and attention disorders in adults: A review of clinical modalities. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 23, 27-35.
- Smith, P. K. (2012). *Cyberbullying and cyber aggression*. In S. R. Jimeron, A. B. Nickerson, M. J. Mayer, & M. J. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: International research and practice* (pp. 93-103). Routledge/Taylor & Francis Group
- Sourander, A., Jensen, P., Rönning, J. A., Niemelä, S., Helenius, H., Sillanmäki, L., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I., & Almqvist, F. (2007). What Is the Early Adulthood Outcome of Boys Who Bully or Are Bullied in Childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" Study. *Pediatrics*, 120(2), 397-404. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2704>
- Sánchez, V., Ortega, R., & Menesini, E. (2012). La competencia emocional de agresores y víctimas del bullying. *Anales de Psicología*, 28(1), 71-82
- Tarabini, A. (2015). *Políticas de lucha contra el abandono escolar en España*. Síntesis.
- Taymans, J. M. (2012). Legal and definitional issues affecting the identification and education of adults with specific learning disabilities in adult education programs. *Journal of learning disabilities*, 45(1), 5-16.
- Tilly, W. D. (2006). Respuesta a la Intervención: Visión General. ¿Qué es? ¿Por qué es necesaria? ¿Vale la pena?. *The Special Edge*, 19(2), 1-20.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Wójcik, S., Makaruk, K., Tzavela, E., Tzavara, C., Greydanus, D., Merrick, J., & Richardson, C. (2015). Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Computers in Human Behavior*, 51, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.04.048>
- UNESCO. (2018). *School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences*.
- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X., Hong, L., & al., e. (2012). Adolescent bullying involvement and psychosocial aspects of family and school life: A cross-sectional study from Guangdong Province in China. *PLoS ONE*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038619>
- Zych, I., Viejo, C., Vila, E., & Farrington, D. P. (2019). School Bullying and Dating Violence in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse, Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/1524838019854460>

Trastornos del comportamiento alimentario

Josefa Canals Sans

Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili

INDICE

128 Características y definición de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

131 Epidemiología de los TCA

131 Impacto del problema en las esferas personal y social

132 Factores de riesgo y protección en los trastornos del comportamiento alimentario

135 Referencias

Características y definición de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

Los trastornos alimentarios o de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de problemas caracterizados por una alteración persistente del comportamiento relacionado con la alimentación, que conduce a cambios en la ingesta o absorción de los alimentos, y a la aparición de conductas para controlar el peso. Son problemas mentales graves porque comportan importantes consecuencias negativas sobre la salud física y el funcionamiento psicológico y social de quienes lo padecen, llegando a ser una de las alteraciones psicológicas con más alta mortalidad. Sin embargo, a pesar de su gravedad, solo alrededor de un tercio de los afectados es detectado por el sistema de salud (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Desde el punto de vista de las clasificaciones vigentes en salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (American Psychiatric Association, 2013) caracteriza las siguientes categorías diagnósticas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), trastorno de la ingesta alimentaria evitativo/restrictivo (TIAER) y dos trastornos poco prevalentes

como son la pica y la rumiación. Asimismo, la nueva edición de la clasificación de la OMS (ICD-11, International Classification Disease-11) (OMS, 2018) ha propuesto las mismas categorías. A parte de estos trastornos establecidos, los problemas alimentarios se presentan dentro de un amplio espectro de manifestaciones y nivel de severidad que engloba desde cuadros subclínicos de AN, BN o TA a cuadros con nombre propio como el síndrome del comedor nocturno, la vigorexia o la ortorexia. Por otra parte, un problema relacionado con la alimentación y los hábitos de vida, frecuente en la población infantil y con consecuencias sobre la salud a corto y largo plazo, es la obesidad. Si bien la obesidad no es considerada un trastorno mental, es una condición que puede formar parte del espectro de los TCA, en la que factores psicológicos y psicopatológicos pueden ser tanto causa como consecuencia de ella.

Entre las categorías citadas, la AN, la BN y los cuadros subclínicos relacionados con estas conductas se presentan mayoritariamente en la adolescencia y también significativamente más en el género femenino (Dahlgren et al., 2017; Galmiche et al., 2019). Incluso, la AN se inicia en algunos casos en la edad prepuberal, pudiendo afectar de

una manera más notable el desarrollo de estos niños (Micali et al., 2013). Es muy importante para la evolución y el pronóstico de estos problemas hacer una detección temprana de los síntomas, y más importante aún, realizar una prevención sobre los factores de riesgo, individuales y ambientales, que puedan ser controlables. En este sentido, si bien estos problemas pueden ser detectados en la misma familia, el entorno escolar en el nivel de la Educación Secundaria es un ámbito crucial donde los docentes y los propios iguales pueden evidenciar situaciones o conductas de riesgo. Para ello es importante transmitir una adecuada información y formación que debería ya iniciarse en las etapas de primaria y promover en los niños/as capacidades personales y cognitivas para un buen desarrollo emocional-social y de afrontamiento a las condiciones de riesgo (McClelland et al., 2020).

Los TCA, y principalmente los más frecuentes en la edad adolescente como son la AN y la BN, soportan un gran estigma social ya que es difícil entender por adultos e iguales como unas conductas que se empiezan voluntariamente acaban siendo motivo de atención clínica e incluso de ingreso hospitalario. La propia adolescente no acepta primero que lo que le está ocurriendo es un problema y piensa que puede autocontrolarlo, pero posteriormente desarrolla rechazo y vergüenza en aceptarlo ya que ella misma se considera responsable de la situación. Todo esto conlleva que sean considerados inadecuadamente como trastornos triviales, y que no se detecten precozmente, aumente su cronicidad y no reciban la intervención adecuada (Griffiths, Mond, Li, et al., 2015).

Tanto la AN como la BN tienen en común que las personas que los padecen tienen dificultad para aceptarse a sí mismas tanto física como psicológicamente, siendo la insatisfacción corporal una muestra de su profunda descalificación per-

sonal. Utilizando la metáfora del iceberg, los síntomas alimentarios son la parte visible de su malestar psicológico. El peso, la forma del cuerpo o la delgadez son los únicos o principales referentes que condicionan su autoestima y su valor personal.

Los principales criterios para el diagnóstico de AN son un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo y la salud física, el miedo intenso al aumento de peso y la percepción alterada de la imagen corporal (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 2018). En relación con sus distorsiones cognitivas, concepto clave en el mantenimiento del problema, piensan que su bienestar emocional mejorará si controlan su cuerpo. Así, empiezan a modificar comportamientos dependientes de su “fuerza de voluntad”, como puede ser la comida, el ejercicio u otras conductas que pueden tener relación con el peso. No quieren “perder el control” sobre la alimentación porque si no “no controlan su vida”. Sin embargo, a medida que se establece el cuadro clínico, a menor peso, mayor malestar emocional, más problemas psicológicos y sociales y mayor dificultad de autocontrolarlo. Por otra parte, si bien al inicio, no se encontrarían alteraciones en una analítica sanguínea, el déficit alimentario y el bajo peso terminan con problemas físicos graves que pueden afectar los diversos sistemas del organismo (cardiocirculatorio, endocrino, hematológico, óseo, gastrointestinal.) Se especifican dos tipos clínicos de AN: el restrictivo y el purgativo (American Psychiatric Association, 2013). En el tipo restrictivo, la pérdida de peso se consigue principalmente a través de la restricción dietética, el ayuno o/y el ejercicio físico; y en el purgativo, no hay restricción, sino que se realizan episodios de atracones con conductas de compensación como vómitos u otras purgativas.

Los principales criterios para el diagnóstico de BN son atracones recurrentes (el consumo de una inu-

sual gran cantidad de alimento dentro de un corto intervalo de tiempo asociado con la pérdida de control) asociado a comportamientos compensatorios, que incluyen los vómitos autoinducidos como medida más frecuente, pero también puede ser por exceso de actividad física, ayuno o abuso de laxantes o por consumo de algunos medicamentos. Estas alteraciones se enmarcan igualmente en una preocupación por la apariencia física y el control del peso, aunque el peso puede ser normal o tener sobrepeso. Esto hace que la persona con bulimia pase desapercibida en su entorno académico e incluso familiar y social. Además, su comportamiento alimentario ante los demás no llama la atención como en la anorexia y las conductas de atracón y de compensación suelen realizarse de manera oculta. La BN se da en edades más avanzadas que la AN, y puede pasar mucho tiempo hasta que se detecte y reciban asistencia específica.

El TA se halla habitualmente asociado a la obesidad y se caracteriza por episodios de atracón no acompañado de conductas compensatorias, causando sentimientos de vergüenza, culpa, depresión y angustia. Si bien este trastorno ha sido poco estudiado en la edad escolar, estudios recientes han encontrado retrospectivamente que los síntomas se inician con frecuencia en la infancia y adolescencia (Tanofsky-Kraff et al., 2020). En estas etapas, estos comportamientos de comer en exceso pueden ser la consecuencia conductual de un malestar emocional, lo cual comporta más riesgo de sobrepeso/obesidad y más riesgo a largo plazo de TA y de cualquier TCA. (Mustelin et al., 2018; Mustelin et al., 2015).

Si bien los TCA son más frecuentes en chicas que en chicos, la vigorexia o también denominada trastorno dismórfico muscular, se ha agregado como un tipo de trastorno dismórfico corporal en el DSM-5 que se presenta predominantemente en varones

y se describe como una preocupación por su apariencia y por querer ser grandes y musculosos. Estos adolescentes empiezan a participar en actividades destinadas a mejorar la musculatura, incluida la dieta, el levantamiento de pesas y el uso de drogas esteroides (Tod et al., 2016). La génesis de este problema radica también en la insatisfacción corporal y la baja autoestima, pero se ha hallado que los varones tienen menor probabilidad de restringir su ingesta alimentaria en respuesta a la insatisfacción corporal (Limbers et al., 2018). Dadas estas características, algunos autores han sugerido que el trastorno dismórfico muscular se clasificaría mejor como un tipo de TCA (Murray & Touyz, 2013). Por último, aún bajo estudio para los criterios de diagnóstico, la ortorexia nerviosa (ON) se caracteriza por una obsesión patológica con una alimentación saludable y nutrición adecuada, siendo la calidad de la comida, y no la cantidad, (como en AN y BN) la preocupación principal en las personas que la presentan. Existe un solapamiento con la AN en cuanto a algunos rasgos clínicos, historia evolutiva y factores de riesgo, pero la edad en la que mayormente se observa es en la juventud (Koven & Abry, 2015; McComb & Mills, 2019).

Más del 70% de los TCA presentan trastornos psicológicos asociados, entre ellos los más comunes son la ansiedad y la depresión, pero también existen autolesiones, consumo de tóxicos, conducta suicida, trastorno obsesivo-compulsivo y a partir de la adolescencia trastornos de personalidad (Bahji et al., 2019; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Levinson et al., 2019; Navarro-Haro et al., 2018), lo cual comporta mayor gravedad y peor pronóstico en el curso de los TCA. La psicopatología más relacionada con la impulsividad como el consumo de sustancias y el trastorno límite de personalidad se asocian en mayor frecuencia con TCA caracterizados por síntomas bulímicos (Herzog & Eddy, 2018).

Epidemiología de los TCA

La revisión sistemática más reciente sobre la prevalencia de cualquier diagnóstico de TCA (criterios DSM) y su evolución desde el año 2000 al 2018, ha hallado que la prevalencia puntual de TCA fue de 5,7% (0,9–13,5%) para las mujeres y de 2,2% (0,2–7,3%) para los hombres, afectando el 5,7% de adolescentes (Galmiche et al., 2019). Según los continentes, los rangos de prevalencia fueron más elevados para América (4,6%, 2,0–13,5%) que para Asia (3,5%, 0,6–7,8%) y Europa (2,2%, 0,2–13,1%) y las cifras de afectación se han duplicado en los últimos cinco años (de 3,5% para el período 2000–2006 a 7,8% para el período 2013–2018).

Por otro lado, dos revisiones de la epidemiología de los TCA en Europa (Dahlgren et al., 2017; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016) han mostrado en mujeres una prevalencia de AN entre <1 - 4%, de BN entre <1- 2%, de TA entre <1 - 4% y de cuadros subclínicos entre el 2-3%. En varones, la prevalencia de TCA oscila entre el 0,3 y el 1,2 % en Europa y entre el 1,2% y el 2,2% en adolescentes de Australia y Canadá respectivamente. Es probable que la prevalencia de TCA en los varones esté subestimada en relación con que el estigma social es incluso mayor que en las chicas (Griffiths, Mond, Murray, et al., 2015; Limbers et al., 2018).

En España, los estudios más recientes han sido los de Álvarez-Male et al. (2015) y Rojo-Moreno et al. (2015). En el año 2013, Álvarez-Male et al. (2015) estudiaron 1.342 escolares canarios/as entre 12 y 20 años, y encontraron una prevalencia de riesgo de TCA del 27,42% y de diagnóstico del 4,1% (5,46% en mujeres y 2,55% en hombres). Con los mismos criterios de diagnóstico (DSM-IV), esta cifra fue similar a la hallada por Rojo-Moreno et al. (2015) : 3,6%. Para ambos estudios, la prevalencia de anorexia y bulimia fue menor al 1% (0,19% y 0,57%) y los TCA no especificados, superiores al 3%. A los dos años

de seguimiento, la incidencia en la adolescencia de nuevos casos fue del 2,7%, siendo los trastornos de ansiedad la psicopatología comórbida más frecuente (Rojo-Moreno et al., 2015).

Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso-obesidad infantil en España ha ido en aumento en los últimos años. Estas cifras oscilan entre 26,8% y 33,5% en los niños y 19,9% y 22,7% en las niñas (Ajejas et al., 2018; Yáñez-Ortega et al., 2019). Las consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud física y psíquica conllevan que sea imprescindible, a través del entorno escolar y familiar, intervenir precozmente sobre los hábitos de salud y los problemas psicológicos asociados a la obesidad. Los niños y las niñas con sobrepeso-obesidad presentan, en relación con los de peso normal, significativamente más problemas de ansiedad y de depresión, conducta agresiva y episodios de pérdida de control de la alimentación (Canals-Sans et al., 2018; Sepúlveda et al., 2018). Estos últimos autores hallaron que más de la mitad de los niños y las niñas con exceso de peso cumplía un diagnóstico de DSM-5, típicamente un trastorno de ansiedad.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El impacto del problema es muy elevado. Los TCA son problemas con alta persistencia que comportan importantes consecuencias negativas sobre la salud física y el funcionamiento psicosocial de las/los adolescentes afectados. Estas repercusiones no solo son a corto plazo, sino que pueden afectar un largo período de la vida. El intento de compensar los déficits personales relacionados con la inseguridad emocional y social, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, el afecto negativo y la ansiedad a través de conductas que controlan el cuerpo, comporta un efecto contrario

el cual incrementa su malestar psicológico, y afecta a todas las esferas de su vida.

Cuando los cuadros clínicos están establecidos, las intervenciones son largas y muchas veces precisan estancias en centros/hospitales de día que impiden la escolarización regular. Otras veces, si el proceso no tiene una evolución positiva es necesario un ingreso en régimen hospitalario, lo que comporta una ruptura en la vida familiar, social y académica. La larga evolución de los TCA hace necesario que estos procesos de tratamiento de ingreso y estancia en centro de día se repitan, y lo que empezó voluntariamente para sentirse mejor y más aceptada/o, ha “eliminado” una parte de la vida del adolescente.

A nivel psicológico, cualquier TCA en la adolescencia, incluso teniendo en cuenta cuadros subclínicos, tiene un riesgo significativamente más elevado de presentar posteriormente depresión, además de otros trastornos psicológicos o relacionados con el peso (Andrés-Perpiñá et al., 2020; Micali et al., 2015).

El impacto de la obesidad afecta tanto la salud física como la psicológica, dándose en este sentido una importante asociación con problemas psicológicos e incluso déficits neuropsicológicos (menor rendimiento en funcionamiento ejecutivo) que afectan al niño y pueden persistir (Blanco-Gómez et al., 2015; Sepúlveda et al., 2018).

Es importante una detección e intervención precoz del espectro de TCA y de los factores que los predisponen. Las estrategias de prevención deben estar basadas en la potenciación de factores protectores y en los factores predictivos modificables en la infancia y la adolescencia temprana. El entorno escolar puede ser un ámbito idóneo para promover la educación en salud y ser un agente favorecedor en el aprendizaje y adquisición de unos buenos hábitos y de competencias cognitivas y emocionales.

Factores de riesgo y protección en los trastornos del comportamiento alimentario

Los TCA, como casi la totalidad de los problemas de salud mental son causados por diversos **factores de riesgo** que interaccionan entre sí potenciando la predisposición a padecerlos (Castro-Fornieles & M.T., 2014). Al igual que en el resto de problemas y trastornos, los factores de riesgo para los TCA son tanto individuales como ambientales.

Dentro de los factores de riesgo individuales, se han descrito diversos rasgos de temperamento/personalidad y otras características psicológicas. El perfeccionismo, el afecto negativo y los problemas de funcionamiento interpersonal predicen la aparición de cualquier trastorno alimentario (Stice et al., 2017; Stice & Van Ryzin, 2019). Se considera que el perfeccionismo puede ser un factor transdiagnóstico en los TCA, la ansiedad y la depresión. Estudios recientes (Drieberg et al., 2019; Johnston et al., 2018) han encontrado en niños y adolescentes una relación recíproca entre ellos y el perfeccionismo en tanto que la ansiedad y la depresión son mediadores entre el perfeccionismo y los síntomas del trastorno alimentario, pero también los trastornos alimentarios median la asociación entre el perfeccionismo y la ansiedad y/o la depresión. Todos estos rasgos, en parte genéticamente determinados, son factores de riesgo de la insatisfacción corporal, la cual se considera uno de los factores predisponentes más importantes en el inicio de los TCA (Canals et al., 2009; Franko & Striegel-Moore, 2018; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Micali et al., 2015; Stice et al., 2017) y también en la evolución clínica de los mismos. Asimismo, la insatisfacción corporal puede gestarse desde edades precoces a través de la presión percibida para estar más delgada y la interiorización del deseo de delgadez generado por influencias familiares y sociales (Babio et al., 2008; Micali et al., 2013; Micali et al., 2015; Stice & Van Ryzin, 2019). La inte-

rriorización del ideal de delgadez ha sido ya hallada en niñas de 5 años y relacionado con su conducta alimentaria (Damiano et al., 2015). La detección y/o la intervención de estos aspectos emocionales y cognitivos deberían ser tenidos en cuenta en las estrategias de prevención y promoción de la salud tanto en las etapas escolares de primaria como de secundaria.

Otros factores individuales son el mayor IMC o sobrepeso en la infancia y adolescencia, lo cual comporta un riesgo más elevado de inicio de dieta, que a su vez predispone el cuadro de TCA y lo mantiene a través de las consecuencias biológicas y psicosociales (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Stice et al., 2017; Stice & Van Ryzin, 2019). El efecto del IMC y del alto porcentaje de masa grasa puede ser diferente según sexo; existe mayor riesgo para las chicas cuando otras características psicológicas como síntomas de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal están presentes (Babio et al., 2009; Franko & Striegel-Moore, 2018; Micali et al., 2015).

Como hemos citado en el inicio de este capítulo, los problemas alimentarios forman parte de un amplio espectro de gravedad que abarca desde conductas a riesgo y síndromes subclínicos a cuadros clínicamente establecidos. El conjunto de alteraciones subclínicas y síntomas de TCA son frecuentes entre la población preadolescente y adolescente (hasta 31% de síntomas en chicas o 10,9% de síndromes subclínicos relacionados con la AN) y son un claro riesgo para llegar al diagnóstico clínico (Franko & Striegel-Moore, 2018; Hammerle et al., 2016; Micali et al., 2015; Sancho et al., 2007; Zeiler et al., 2016).

Si bien los TCA tienen una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos, los síntomas de ansiedad son unos buenos predictores de las alteraciones alimentarias (Rojo-Moreno et al., 2015; Schaumberg et al., 2019). También el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) ha sido visto como un pre-

dictor de BN para algunos autores (Hofer et al., 2018) y de AN para otros, los cuales lo relacionan porque han hallado un riesgo genético compartido (Yilmaz et al., 2018). También recientemente, se ha hallado una relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los TCA, la cual puede estar mediatizada por el afecto negativo y la disregulación emocional (El Archi et al., 2020).

Acontecimientos individuales negativos como los abusos en la infancia han sido también descritos como factores de TCA, como también lo han sido para otros trastornos psicológicos (Afifi et al., 2017; Caslini et al., 2016). Sin embargo, dentro de los tipos de maltrato, los antecedentes de abuso sexual se han relacionado más específicamente con la BN, el TA y la obesidad que con la AN (Caslini et al., 2016; Li et al., 2018). Por otra parte, la conducta de homosexualidad ha sido identificada como un factor de riesgo de TCA específico para los adolescentes varones (Limbers et al., 2018).

Los factores genéticos parecen conferir cierta vulnerabilidad para la AN (55-65%) (Trace et al., 2013). A nivel familiar, si un progenitor tiene un TCA, aumenta el riesgo de que sus hijos e hijas lo tengan. Sin embargo, esta influencia genética también puede transmitirse si existen antecedentes familiares de depresión, ansiedad y TOC, y a través de rasgos de temperamento o personalidad que son asimismo predisponentes de los TCA.

Se han hallado diversos polimorfismos genéticos asociados con el riesgo de desarrollar TCA. El polimorfismo del gen SLC6A4 relacionado con el transportador de la serotonina se mostró como uno de los precozmente implicados (Ricca et al., 2002), pero estudios más recientes no han hallado diferencias entre personas con TCA y controles (Solmi et al., 2016), o sólo se ha encontrado relación en el grupo de pacientes del espectro bulímico (Camarera et al., 2018) o si existe interacción con facto-

res ambientales como los antecedentes de abusos (Rozenblat et al., 2017). Otros polimorfismos implicados como factores de riesgo de TCA son los relacionados con el gen BDNF (polimorfismo Val66Met) (Notaras et al., 2015), con el gen receptor de la oxitocina (Acevedo et al., 2015), con el gen transportador (DAT) y receptor de la dopamina (D2) o con el gen de la catechol-O-metiltransferasa (COMT) (Peng et al., 2016). También recientemente, se ha descrito el papel de los mecanismos epigenéticos en la etiopatogenia de los TCA (Frieling & Buchholz, 2017; Hübel et al., 2019). En este sentido, el modelo de programación fetal puede explicar la asociación entre los problemas prenatales y perinatales con un mayor riesgo de inicio de AN (Watson et al., 2019).

Otros factores individuales son el sexo femenino y la adolescencia. El desarrollo puberal, especialmente en las chicas, supone cambios corporales, hormonales y psicológicos que facilitan la excesiva preocupación por la imagen y el cuerpo (Castro-Fornieles & M.T., 2014). Asimismo, la interacción entre factores genéticos, hormonales y socioculturales aumenta el riesgo de alteraciones emocionales en esta edad, que a su vez pueden ser predisponentes de los TCA.

Dentro de los factores ambientales, la influencia del grupo de iguales es un factor de riesgo desde el inicio de la adolescencia que puede actuar a través de diversos mecanismos: la presión directa o indirecta del grupo como modelo de conducta y favorecimiento del ideal de delgadez; el bajo apoyo social, el cual se ha relacionado con la insatisfacción corporal; o el acoso escolar en forma de recibir burlas en torno al peso/ imagen o en relación a la propia situación de estrés que genera (Kirsch et al., 2016; Lie et al., 2019; Mitchison et al., 2019). Las conversaciones entre iguales sobre la apariencia y la exposición a los medios de comunicación han sido predictores de restricción dietética en niñas

de edad tan precoz como los 5 años (Damiano et al., 2015).

La influencia familiar es otro factor que incide precozmente en el futuro riesgo de los TCA. Los padres de escolares de 8 años con mayor IMC mostraron más preocupación por el peso de sus hijos y realizaron más conductas de control alimentario (Canals-Sans et al., 2016). Por otra parte, el trastorno alimentario materno y su insatisfacción corporal, y el perfeccionismo en los padres son predictores de actitudes alimentarias alteradas y del desarrollo precoz de TCA (Canals et al., 2009; Franko & Striegel-Moore, 2018; Micali et al., 2015). Estas conductas y cogniciones en las familias facilitan la precoz interiorización del modelo de delgadez en las niñas. Asimismo, el riesgo de AN aumenta en las hijas de familias con dificultades de comunicación, alto control materno y poco favorecedoras de la autonomía filial.

La influencia sociocultural centrada en conseguir un modelo estético corporal de delgadez en las mujeres y musculado en los varones ha sido la más estudiada como riesgo de TCA. La presión hacia estos ideales corporales no realistas junto a un discurso que exagera como el peso y la forma del cuerpo se pueden controlar a través de la dieta y el ejercicio, se ha ejercido desde los medios de comunicación y actualmente desde las redes sociales en internet, el cual tiene un uso generalizado desde la etapa escolar (Saul & Rodgers, 2018). Las imágenes de actores, actrices, modelos o las de sus iguales a través de las redes, donde se da máxima importancia a la forma del cuerpo, ejercen una influencia poco saludable en los adolescentes y sobre todo cuando en ellos existen factores de riesgo individuales. También, algunos deportes (gimnasia rítmica, atletismo...) que suponen un control excesivo de peso son considerados actividades de riesgo en los niños-adolescentes.

Pocos estudios han evaluado el efecto de **factores protectores** de los TCA. Sin embargo, el conocimiento de estos y su potenciación en los programas de prevención universal en la etapa escolar podrían incrementar su efectividad. En este sentido, tener una buena autoestima (Micali et al., 2015), mantener un peso saludable a través del establecimiento de buenos hábitos de salud y estilo de vida (alimentario y de ejercicio físico), tener un buen funcionamiento en la dinámica familiar, priorizar las comidas con la familia y recibir una alta atención materna han sido asociados a una probabilidad más baja de problemas alimentarios y de TCA (Balantekin et al., 2018; Franko & Striegel-Moore, 2018). Por otra parte, favorecer precozmente las estrategias de regulación emocional nos ayudará a disminuir factores de riesgo emocionales y conductuales que pueden predisponer tanto a los problemas en el comportamiento alimentario como a otros problemas psicológicos (Aparicio et al., 2016).

Referencias

- Acevedo, S. F., Valencia, C., Lutter, M., & McAdams, C. J. (2015). Severity of eating disorder symptoms related to oxytocin receptor polymorphisms in anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 228*(3), 641-648.
- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders, 50*(11), 1281-1296.
- Ajejas, M. B., Jimenez-Trujillo, M., Wärnberg, J., Domínguez, S. F., Lopez-de-Andres, A., & Perez-Farinos, N. (2018). Prevalence of childhood overweight/obesity in Spain 1993-2011 and associated risk factors in 2011 Prevalencia de sobrepeso y obesidad inf. *Nutricion Hospitalaria, 35*(1), 84-89.
- Alvarez-Male, M., Bautista, I. C., & Serra, L. M. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutricion Hospitalaria, 31*(5), 2283-2288.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrés-Perpiñá, S., Plana, M. T., Flamarique, I., Romero, S., Borràs, R., Julià, L., Gárriz, M., & Castro-Fornieles, J. (2020). Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 25*(1), 33-44.
- Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S., & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Nutrition research reviews, 29*(1), 17-29.
- Babio, N., Arija, V., Sancho, C., & Canals, J. (2008). Factors associated with body dissatisfaction in non-clinical adolescents at risk of eating disorders. *Journal of Public Health, 16*(2), 107-115.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S., & Arija, V. (2009). A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutricion hospitalaria, 24*(4), 485-491.
- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A., & Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 273*, 58-66.
- Balantekin, K. N., Birch, L. L., & Savage, J. S. (2018). Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*(2), 215-223.
- Blanco-Gómez, A., Ferré, N., Luque, V., Cardona, M., Gispert-Llauradó, M., Escribano, J., Closa-Monasterolo, R., & Canals-Sans, J. (2015). Being overweight or obese is associated with inhibition control in children from six to ten years of age. *Acta paediatrica, 104*(6), 619-625.
- Camarena, B., Hernandez, S., Gonzalez, L., Flores, G., Luna, D., Aguilar, A., & Caballero, A. (2018). Association Study Between the Triallelic Polymorphism of SLC6A4 Gene and Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience, 6*(4), 104-107.
- Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(6), 353-359.
- Canals-Sans, J., Blanco-Gómez, A., Luque, V., Ferré, N., Ferrando, P. J., Gispert-Llauradó, M., Escribano, J., & Closa-Monasterolo, R. (2016). Validation of the Child Feeding Questionnaire in Spanish parents of schoolchildren. *Journal of Nutrition and Education Behavior, 48*(6), 383-391.
- Canals, J., Blanco, A., Luque, V., Ferré, N., Morales-Hidalgo, P., Closa, R., & Escribano, J. (2018). Association of overweight and obesity with psychological problems in school children. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23*, 25-34.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanali, A., Clerici, M., & Carrà G. (2016). Disentangling the association between child

- abuse and eating disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78, 79–90.
- Castro-Fornieles, J., y Plana M.T. (2014). Trastornos del comportamiento alimentario. En: L. Ezpeleta y J. Toro, Psicopatología del Desarrollo. Madrid: Pirámide.
- Dahlgren, L., Wisting, C.L. & Øyvind Rø (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders* 5, 56 DOI 10.1186/s40337-017-0186-7
- Damiano, S.R, Paxton, S.J., Wertheim, E.H., McLean, S.A., Karen, J. & Gregg K.J. (2015). Dietary restraint of 5-year-old girls: Associations with internalization of the thin ideal and maternal, media, and peer influences. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 1166–1169.
- Drieberg, H., McEvoy, P.M, Hoiles, K.J., Shu, C.Y, & Egan S.J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 53–59.
- El Archi S, Cortese S, Ballon N, Réveillère C, De Luca A, Barrault S, Brunault P. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020; 12(11): 3292.
- Franko, D.L., & Striegel-Moore, R.H. (2018). Psychosocial risk for eating disorders what's new?. En: S. Wonderlich, J.Mitchell, M de Zwaan, Annual Review of Eating Disorders. NY: Academy for Eating Disorders.
- Frieling, H., & Buchholz, V (2017). Epigenetics and eating disorders. En: Yasui D.H. et al., Neuropsychiatric Disorders and Epigenetics. NY: Academic Press, Pages 299–307.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci M.P (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109, 1402–1413.
- Griffiths, S., Mond, J.M., Murray, S.B., & Touyz, S. (2015a). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 767–774.
- Griffiths, S., Mond, J.M., Li Z., Gunatilake, S., Murray, S.B., Sheffield, J., & Touyz, S. (2015b). Self-stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 775–778.
- Hammerle, F., Huss, M., Ernst, V., & Bürger A. (2016). Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open*, 6:e010843. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010843.
- Herle, M., Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D., Loos, R., Bryant-Waugh, R., Bulik, C.M. , & Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 113–119.
- Herzog, D.B., & Eddy, K.T. (2018). Comorbidity in eating disorders. En: Annual Review of Eating Disorders, by Stephen Wonderlich, James Mitchell, Martine de Zwaan. Taylor & Francis Group.
- Hofer, P.D., Wahl, K., Meyer, A.H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., Wong, S.F., Grisham, J.R., Wittchen, H-U., & Lieb R. (2018). Obsessive-compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young adults. *Anxiety and Depression*, 35, 339–345.
- Hübel, C., Marzi, S.J., Breen, G., & Bulik, C.M. (2018). Epigenetics in eating disorders: a systematic review. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0254-7>.
- Johnston, J., Shub, C.Y., Hoiles, K.J., Clarke, P.J., Watson, H.J., Dunlope, P.D., & Egan S.J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors* 30, 55–56.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 340–345.
- Kirsch, A.C., Shapiro, J.B., Conley, C.S., & Heinrichs, G. (2016). Explaining the pathway from familial and peer social support to disordered eating: Is body dissatisfaction the link for male and female adolescents?. *Eating Behaviors* 22, 175–181.
- Koven, N., & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 15, 385–394.
- Levinson, C. A., Zerwas, S. C., Brosof, L. C., Thornton, L. M., Strober, M., Pivarunas, B., Crowley, J. J., Yilmaz, Z., Berrettini, W. H., & Brandt, H. (2019). Associations between dimensions of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: An examination of personality and psychological factors in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 161–172.
- Li, J.C., NollHeather, J.G., Bensman, E., & Putnam F.W. (2019). Childhood Sexual Abuse Increases Risks for Eating Disorder Symptoms and Eating Disorder-Related Health Problems in Females. En: Sonya Negri (Ed), Child Maltreatment Research, Policy, and Practice. Switzerland: Springer.
- Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 497–514.
- Limbers, C.A., Cohen, L.A. & Gray, B.A (2018). Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 10 (9), 111–116.

- McClelland, J., Robinson, L., Potterton, R., Mountford, V., & Schmidt, U. (2020). Symptom trajectories into eating disorders: A systematic review of longitudinal, nonclinical studies in children/adolescents. *European Psychiatry*, 63, e60.
- McComb, S.E., & Mills J.S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.
- Micali, N., Hagberg, K.W., Petersen, I., & Treasure J.L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3, e002646.
- Micali, N., Solmi, F., Horton, N. J., Crosby, R. D., Eddy, K. T., Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Swanson, S. A., & Field, A. E. (2015). Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(8), 652-659.
- Mitchison, D., Bussey, K., Touyz, S., Gonzalez-Chica, D. Musker, M., Stocks, N., Licinio, J., & Hay P. (2019). Shared associations between histories of victimisation among people with eating disorder symptoms and higher weight. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(6), 540-549.
- Murray, S.B., & Touyz S. (2013). How do clinicians in the field conceptualise muscle dysmorphia? *Advances in Eating Disorders*, 1, 207-212.
- Mustelin, L., Raevuori, A. Hoek, H.W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 1106-12.
- Mustelin, L., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2018). Beyond the tip of the iceberg: Adolescent weight development of women and men with features of binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 30, 83-87.
- Notaras, M., Hill, R., & Van den Buuse, M. (2015). The BDNF gene Val66Met polymorphism as a modifier of psychiatric disorder susceptibility: progress and controversy. *Molecular Psychiatry*, 20, 916-930.
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R., & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 636-649.
- Peng, S., Yu, S., Wang, Q., Kang, Q., Zhang, Y., Zhang, R., Jiang, W., Qian, Y., Zhang, H., & Zhang, M. (2016). Dopamine receptor D2 and catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms associated with anorexia nervosa in Chinese Han population: DRD2 and COMT gene polymorphisms were associated with AN. *Neuroscience Letters*, 616 (11), 147-151.
- Ricca, V., Nacmias, B., Cellini, E., Di Bernardo, M., Rotella, C.M., & Sorbi S. (2002). 5-HT2A receptor gene polymorphism and eating Disorders. *Neuroscience Letters*, 323, 105-108.
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Vila, M. L., & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52-57.
- Rozenblat, V., Ong, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., Akkermann, K., Collier, D., Engels, R. C., Fernandez-Aranda, F., Harro, J., Homberg, J. R., & Karwautz, A. (2017). A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 62-72.
- Schaumberg, K., Zerwas, S., Goodman, E., Yilmaz, Z., Bulik, C.M., & Micali, N. (2018). Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1111/jcpp.1298
- Sancho, C., Arija, M.V., & Canals, J. (2008). Personality in non-clinical adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 133-138
- Sancho, C., Arija M.V., Asorey, O., & Canals, J. (2007) Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 495-504.
- Saul, J.S., & Rodgers, R.F. (2018). Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 27, 221 - 228.
- Sepúlveda, A.R., Solano, S., Blanco, M., Lacruz, T., & Graell M. (2018). Prevalence of childhood mental disorders in overweight and obese Spanish children: Identifying loss of control eating. *Psychiatry Research*, 267, 175-181.
- Solmi, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Correll, C., Clementi, M., Pinato, C., Forzan, M., Cassina, M., Fontana, F., & Giannunzio, V. (2016). Serotonin transporter gene polymorphism in eating disorders: data from a new biobank and META-analysis of previous studies. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(4), 244-257.
- Stice, E., Rohde, J.M., & Shaw P. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 38-51.
- Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 128, 119-128.
- Tanofsky-Kraff, M., Schvey, N. A., & Grilo, C. M. (2020). A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *American Psychologist*, 75(2), 189-203.

- Tod, D, Edwards, C, & Cranswick I. (2016). Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179-188.
- Trace, S.E., Baker, J.H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C.M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9:589-620.
- Wade, T.D, O'Shea, A., & Shafran R. (2015) Perfectionism and Eating Disorders. En: F.M. Sirois, D.S. Molna., Perfectionism, Health, and Well-Being. NY: Springer.
- Watson, H. J., Diemer, E. W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G. P., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 643-651.
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yáñez-Ortega, J.L., Arrieta, E., Lozano, J.E., Gil, M., Gutiérrez, A.M., Cordero-Guevara, J.A., & Vega, T. (2019). Prevalence of overweight and obesity in child population. A study of a cohort in Castile and Leon, Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English Ed)*, 66 (3), 173-180.
- Yılmaz, Z., Halvorsen, M., Bryois, J., Yu, D., Thornton, L. M., Zerwas, S., Micali, N., Crowley, J.J. (2020). Examination of the shared genetic basis of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 25(9): 2036-2046.
- Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Nitsch, M., Dür, W., Karwautz, A., y Wagner, G. (2016). Prevalence of Eating Disorder Risk and Associations with Health-related Quality of Life: Results from a Large School-based Population Screening. *European Eating Disorders Review*, 24, 9-18.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Núria Voltas Moreso y Josefa Canals Sans

Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili

INDICE

139 *Características y definición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*

141 *Epidemiología del TDAH*

142 *Impacto del problema en las esferas personal y social*

144 *Factores de riesgo y protección en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*

145 *Referencias*

Características y definición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas nucleares son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Según el sistema de clasificación de trastornos psicológicos DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la reciente ICD-11 (International Classification Disease) (OMS, 2018), se han descrito tres presentaciones clínicas de TDAH: presentación predominantemente de inatención, presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva y presentación combinada. El TDAH es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la niñez y en la adolescencia, y puede causar interferencias importantes en el entorno escolar, personal, familiar y en general en las actividades de la vida diaria. Tiene una etiología multidisciplinar que engloba factores genéticos y ambientales que inciden en las primeras etapas del desarrollo.

Sin embargo, a pesar de las evidencias científicas que acumula el TDAH, no todos los profesionales del campo educativo y clínico aceptan su existencia. También las altas tasas de prevalencia descritas han

contemplado la posibilidad de un sobrediagnóstico y las consecuencias que principalmente pueden derivar del tratamiento farmacológico que se prescribe. Por esto, se recomienda que la valoración de diagnóstico la realice un profesional clínico especializado siguiendo estrictamente los criterios internacionalmente establecidos (DSM, ICD). Por otra parte, es importante tener en cuenta que el conocimiento del problema adquirido por los maestros ha hecho posible que los síntomas de distracción y desatención, hiperactividad e impulsividad sean detectados más precozmente. Esta identificación implica que los niños sean derivados para realizar una evaluación psicopatológica, descartando no solo el TDAH, sino, por ejemplo, otros trastornos del neurodesarrollo relacionados con la manifestación de desatención y permitiendo una intervención temprana de los mismos.

La sola presencia de los problemas de atención o de hiperactividad o impulsividad no conlleva específicamente la existencia de TDAH. Para ello, se precisa un patrón persistente (al menos de 6 meses) de los mismos, un mínimo de manifestaciones relacionadas con la desatención (6) y/o la hiperactividad/impulsividad (6), y un impacto ne-

gativo en las actividades académicas y sociales (American Psychiatric Association, 2013). También debe tenerse en cuenta el criterio de la edad de aparición del problema, que actualmente se amplía hasta los 12 años.

La desatención, comporta la presencia de frecuentes distracciones y por lo tanto incapacidad para mantener el foco de atención ante una determinada tarea y de forma sostenida en el tiempo. La desatención también incluye problemas a nivel de atención selectiva, con lo que se presentan dificultades para seleccionar los estímulos relevantes y obviar los irrelevantes e interferentes. La hiperactividad consiste en una dificultad para mantenerse quieto, lo cual se expresa con un excesivo nivel de actividad, normalmente sin un propósito establecido y en momentos en los que no es apropiado. Por tanto, el niño con TDAH tiene dificultad para mantenerse sentado, se muestra inquieto, corre cuando no toca, toquetea objetos o puede que hable en exceso. La impulsividad hace que se actúe precipitadamente, sin meditarlo previamente ni evaluando las posibles consecuencias, y normalmente con la motivación de recibir una recompensa de forma inmediata. La conducta por lo tanto es inesperada, rápida y en ocasiones desmedida.

Barkley (2015) propone que el TDAH se produce debido a un déficit en las funciones ejecutivas, lo que posteriormente conlleva dificultades en la autorregulación. Alrededor del 90% de los casos de TDAH presentan alteraciones significativas en el funcionamiento ejecutivo, base para el control de los procesos cognitivos, comportamentales y emocionales (Kofler et al., 2019). También, los niños con TDAH tienen manifestaciones relacionadas con déficits en teoría de la mente. Estos déficits, característicos en el trastorno del espectro del autismo (TEA), se encuentran de forma más leve en el caso del TDAH y podrían estar relacionadas con el pro-

pio déficit del funcionamiento ejecutivo (Pineda-Alhucema et al., 2018).

A pesar de la existencia de los síntomas nucleares, la clínica del TDAH es amplia y heterogénea debido a los diferentes tipos de presentación, a la alta comorbilidad con otros problemas psicológicos, a las diversas expresiones de los síntomas a lo largo del desarrollo y a la variable nivel de severidad del perfil sintomatológico (Döpfner et al., 2015).

El TDAH se ha descrito como un problema psicológico que se inicia en la infancia o en la adolescencia temprana, de naturaleza crónica y cuyos síntomas pueden predominar unos por encima de otros según la edad y etapa evolutiva. En edades muy tempranas (edad preescolar sobre todo), destacan los síntomas más de tipo externalizado como la hiperactividad. Más adelante (edad escolar, durante la primaria), toman más importancia los síntomas de déficit de atención, y durante la adolescencia y ya en la edad adulta persisten los problemas de atención y algunos estudios hablan de la relevancia que toman los síntomas de impulsividad, especialmente en la adolescencia (Francx et al., 2015; Willcutt et al., 2012). Alrededor de un 90% de los los/las niños/as con TDAH continúan cumpliendo criterios de diagnóstico en la adolescencia (Langley et al., 2010; van Lieshout et al., 2016) y aproximadamente el 15% de las personas diagnosticadas en la infancia aún cumple criterios en la edad adulta y entre un 40-60% presentan remisión parcial (Faraone et al., 2006). Sin embargo, a pesar de que tradicionalmente se ha descrito como un trastorno de inicio en la infancia y/o en la adolescencia temprana, cada vez hay más estudios que investigan la aparición tardía del TDAH (Coghill et al., 2019). En este sentido, la literatura previa concluye que aún existe una falta de estudios longitudinales sobre las características y la trayectoria del TDAH a lo largo del desarrollo

(Franke et al., 2018). Otro aspecto importante en el TDAH es la elevada comorbilidad (alrededor de dos tercios de los niños la presentan) con otros problemas psicológicos o trastornos (Larson et al., 2011; Reale et al., 2017), lo cual hace a veces más difícil su identificación, dificulta la intervención y empeora su pronóstico. Los problemas asociados pueden variar con la edad y la presentación del TDAH; el TDAH combinado y la mayor severidad tienen un riesgo más alto de comorbilidad. A pesar de esto, Kirova et al. (2019) en su estudio de meta-análisis concluyeron que los niños con diagnóstico de TDAH subclínico presentaban tasas de comorbilidad superiores a las de los niños que cumplían criterios de TDAH. En niños, los trastornos más coexistentes son los de aprendizaje, seguido de trastornos del sueño, trastorno negativista desafiante y trastornos de ansiedad (Langer et al., 2019; Reale et al., 2017). En un estudio conducido por Langer et al. (2019) los resultados de neuroimagen evidenciaron que algunas características estructurales y funcionales son compartidas entre el TDAH y los problemas de lectura, dando soporte a la hipótesis del modelo de etiología común para la comorbilidad entre estos dos problemas. Sin embargo, también se ha hallado una considerable asociación con la depresión, llegando a estar cinco veces más presente en niños con TDAH (Meinzer et al., 2014) y pudiendo estar relacionada con la desregulación emocional que existe en ambas condiciones (Seymour & Miller, 2017). Otra comorbilidad claramente evidenciada e importante en la práctica clínica y educativa es con los trastornos del espectro del autismo (TEA). Esta asociación, que puede alcanzar el 20-50% entre los niños con TDAH, indica que ambos trastornos comparten tanto una susceptibilidad genética como otras características clínicas y neurobiológicas (Antshel & Russo, 2019; Chen et al., 2019; Pineda-Alhucema et al., 2018).

Epidemiología del TDAH

A nivel global, la prevalencia del TDAH en la comunidad es consistentemente elevada y ha aumentado con el paso del tiempo. Diversos estudios recientes de revisión sistemática y de metaanálisis sitúan la prevalencia de TDAH en niños y adolescentes alrededor del 7% (entre el 2% y el 11% (Polanczyk et al., 2015; Thomas et al., 2015; Willcutt, 2012), hallándose en Europa en el margen bajo del rango presentado (alrededor del 3%) (Bianchini et al., 2013; Surén et al., 2012). Si bien para algunos, la prevalencia varía a nivel mundial, otros no han encontrado diferencias entre países y culturas; por ejemplo, en China se sitúa en el 6,2% (Wang et al., 2017) y en los países árabes también se han estimado porcentajes comparables a USA (Alhraiwil et al., 2015). Las variaciones en los datos reportados en la literatura pueden deberse a cuestiones metodológicas, principalmente originadas por las diferencias en el procedimiento de diagnóstico, pero también a los rangos de edad estudiados o al género (Willcutt, 2012). El TDAH es más prevalente en el género masculino (principalmente la presentación hiperactiva-impulsiva y combinada) y la edad de mayor incidencia en el diagnóstico es la edad escolar. El TDAH en preescolares es aún más controvertido que en etapas posteriores, pero su existencia se apoya a través de la estabilidad temporal del diagnóstico y de la severidad de los síntomas (Lahey et al., 2005), y las prevalencias se estiman entre el 2 y el 6% (Willcutt, 2012). Debido a que la detección e intervención realizadas precozmente mejoran el curso y pronóstico del TDAH, así como ocurre con la mayoría de problemas psicológicos y del neurodesarrollo, es importante identificarlo en las primeras etapas escolares para poder ayudar al niño y a la familia y ofrecer soportes al entorno académico.

Por otro lado, según algunos autores, las altas tasas de prevalencia y las diferencias entre estudios sugieren un potencial sobrediagnóstico (Kazda et al., 2019). Sin embargo, para otros, el TDAH está infrareconocido e infradiagnosticado en algunos países, en entornos con bajos niveles socioeconómicos, en las niñas y en algunos grupos de edad (preescolares y adolescentes) (Sayal et al., 2018).

En España existen pocos estudios sobre la epidemiología del TDAH en niños/as y adolescentes. El metaanálisis de Catalá-López et al. (2012) y el estudio en escolares de las islas Canarias (Jiménez et al., 2012) hallaron una prevalencia del 6,8% (IC 4.9%-8.8%), similar a la hallada a nivel internacional. Datos recientes (Canals Sans et al., 2020), han estimado en la provincia de Tarragona una tasa del 7,7% en niños de edad escolar, con una proporción niño: niña de 3:1. En preescolares, tenemos cifras entre el 3% y el 5,4% (Ezpeleta et al., 2014). Ya desde la etapa preescolar, la comorbilidad con problemas de conducta, del espectro del autismo y tics fue elevada, y se reportó un impacto considerable sobre el funcionamiento escolar y salud familiar (Canals et al., 2018).

Impacto del problema en las esferas personal y social

Los síntomas del TDAH causan un impacto directo a nivel cognitivo, social y emocional en la vida de quien padece este problema y también en la vida de las personas que forman parte de su entorno (Hernández Martínez et al., 2017). Así, puede llegar a ser altamente incapacitante para tener una vida plena en lo familiar, social, y en lo académico o laboral, en especial en aquellos casos en los que el diagnóstico se retrasa o bien cuando no se aplica un tratamiento adecuado. Por otro lado, la comorbilidad es un factor que también puede incrementar el impacto negativo en la calidad de vida. Sin

embargo, la detección temprana y una buena actuación en los diversos entornos (escolar, sanitario y familiar) disminuirán la probabilidad de que aparezcan otros efectos negativos más allá de los que implica el cuadro de TDAH, y serán aspectos clave en el pronóstico del problema.

En los niños y adolescentes, el TDAH puede ocasionar principalmente un impacto negativo en el funcionamiento académico y psicosocial, y provocar directa e indirectamente consecuencias adversas a largo plazo. El entorno académico cobra especial relevancia no solo porque puede ser clave en la detección, sino que el abordaje que se realice desde los centros escolares de primaria y secundaria también puede condicionar significativamente su evolución y pronóstico. La sociedad en la que estamos inmersos es diversa y heterogénea y eso se refleja en las aulas. Así, el sistema educativo tiene que responder considerando las necesidades educativas adecuadas y acorde con dicha diversidad. Se debe atender de la mejor manera no solo al alumno, sino también a la familia y sobre todo trabajar de forma conjunta familia, equipo docente y el resto de los profesionales. Los niños y adolescentes con TDAH presentan serias dificultades para cumplir con las normas, para alcanzar ciertos aprendizajes y también para interactuar de forma correcta con sus compañeros, manifestaciones que no deben confundirse con tener una mala educación o poca voluntad e interés por aprender. Tal y como ya se ha comentado, una de las cuestiones importantes del TDAH es la elevada tasa de comorbilidad que se observa y uno de los trastornos que se asocian más frecuentemente con el TDAH son los trastornos del aprendizaje. Así, puede que las dificultades para llevar a cabo los aprendizajes, los problemas de comportamiento, los déficits a nivel cognitivo y los problemas en los procesos adaptativos de los niños y niñas en edad escolar, sean el resultado de la coexistencia del

TDAH con trastornos de lectura o de la expresión escrita (Mayes et al., 2006). Existe un gran número de estudios que han observado que los niños y adolescentes con TDAH tienen un menor rendimiento académico y tasas significativas de abandono escolar (DeShazo Barry et al., 2002; Trampush et al., 2009). Un estudio más reciente ha puesto de relieve que el menor rendimiento en la memoria de trabajo, característico en el TDAH, se asoció significativamente con el bajo rendimiento académico y en cambio, los síntomas nucleares propios del TDAH tenían poca o ninguna implicación con las habilidades académicas (Simone et al., 2018). En este sentido, tal y como concluyen Calub et al. (2019), sería necesario instaurar una intervención eficaz para los déficits en la memoria de trabajo y así mejorar los resultados de aprendizaje en los casos de TDAH.

Los niños y adolescentes con TDAH acostumbran a presentar una baja competencia a nivel social y en habilidades comunicativas, hecho que comporta que muy a menudo se vean inmersos en conflictos que terminan por afectar no solo a las relaciones en sí, sino que generan un clima de estrés y de angustia elevado a nivel familiar (Insa et al., 2018). Las dificultades en las interacciones sociales pueden deberse a los déficits en el funcionamiento ejecutivo y teoría de la mente presentes en el TDAH (Pineda-Alhucema et al., 2018), y a las consecuencias de los síntomas propios del trastorno. Así, la inatención, la hiperactividad y la impulsividad hacen desagradables las relaciones sociales ya que pueden interferir en la capacidad de cumplir con las reglas de los juegos o incluso en la capacidad de atender a una conversación o recordar su contenido (Mikami et al., 2007; Ronk et al., 2011).

Además de los problemas académicos y en el área social, también se debe considerar el deterioro emocional que conlleva el TDAH, resultado de la interiorización de las consecuencias negativas

que conllevan sus manifestaciones, o como ya se ha comentado, resultado de las propias dificultades en la regulación de las emociones, tanto las positivas como las negativas (Graziano & Garcia, 2016; Okado et al., 2016; Seymour & Miller, 2017). Puede que los niños y adolescentes con este problema expresen las emociones, sobre todo las negativas como la ira, de una forma demasiado agresiva, que tengan una baja tolerancia a la frustración, poca empatía y sean demasiado reactivos en general ante cualquier estímulo. En este sentido, según Barkley (2010), la desregulación emocional asociada con el TDAH implica dos déficits primarios: déficit inhibitorio, es decir en la capacidad de inhibir conductas socialmente inadecuadas, y déficit a nivel de autorregulación, que supone una incapacidad para calmar la respuesta fisiológica que produce una emoción fuerte. Por otra parte, hallazgos previos indican que las personas que tienen TDAH tienden a presentar un autoconcepto más negativo y una disminución de su autoestima. Por ejemplo, es muy frecuente que los niños tengan una percepción especialmente negativa de su potencial a nivel académico y por lo tanto pocas expectativas de éxito (Mazzone et al., 2013), así como una menor capacidad para ver las oportunidades de superación personal (Clarke et al., 2002). Los problemas de baja autoestima pueden persistir incluso cuando disminuyen los síntomas de TDAH en la adolescencia, por lo que se consideran un factor de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión y problemas futuros a nivel personal y social (Jarrett et al., 2016; Meinzer et al., 2014; Wehmeier et al., 2010). Según la literatura, los síntomas de inatención se encuentran recíprocamente relacionados con los problemas emocionales y tienen incluso un rol más destacado que la hiperactividad/impulsividad en la persistencia de los problemas emocionales durante la etapa escolar (Han et al., 2018).

Otros problemas que afectan las esferas personal y social en el TDAH es el riesgo de mayor consumo de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta. Este riesgo es más probable cuando la severidad del TDAH en la edad infantil es mayor, y coexisten problemas de conducta y emocionales (Elkins et al., 2018; Molina et al., 2018). La asociación TDAH-consumo se ha hallado en ambos sexos, pero las mujeres con hiperactividad-impulsividad tienen mayor riesgo de consumo de marihuana y alcohol que los varones, y en general, la presentación de desatención se relaciona más con el consumo de marihuana.

Por otra parte, los niños con TDAH también pueden experimentar una serie de problemas relacionados con la salud, algunos probablemente vinculados a la base psicobiológica del TDAH, como son los trastornos de tipo alérgico (asma, atopía...) y otros con la propia neurobiología del TDAH, como son el exceso de peso y los problemas del sueño. Todos estos problemas pueden verse exacerbados por la presencia de manifestaciones emocionales y conductuales comórbidas (Racicka et al., 2018; Sciberras et al., 2016). Así pues, el pediatra debe considerar más ampliamente la salud de los niños con TDAH para contribuir a una mejora en su bienestar y calidad de vida. Es importante que el diagnóstico lo realice un profesional con la formación específica requerida y que se obtenga información evaluando a la persona afectada, a sus progenitores y a los profesionales del entorno académico del que forme parte. Es esencial la realización de un diagnóstico diferencial adecuado y en consecuencia poder pautar la forma más correcta de tratamiento. El mejor conocimiento global del TDAH puede contribuir a realizar prevención desde las etapas más precoces de la vida (embarazo), llevar a cabo una pronta detección, realizar un correcto diagnóstico, y mejorar los enfoques terapéuticos y las intervenciones educativas. Asimismo, va a per-

mitir informar de las necesidades de asistencia a los ámbitos socio-políticos, de gestión educativa y de salud, y por tanto contribuir a que el niño/a con TDAH alcance el máximo desarrollo a nivel personal, social y emocional.

Factores de riesgo y protección en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con una base neurobiológica. Estudios familiares, de gemelos y de adopción han demostrado que la heredabilidad del TDAH estaba alrededor del 75% y esto llevó a investigar qué genes podrían estar relacionados con la susceptibilidad al trastorno (Faraone & Larsson, 2019; Polderman et al., 2015). Los estudios muestran que aproximadamente un tercio de la heredabilidad del TDAH se debe a un componente poligénico que comprende muchas variantes comunes, cada una de las cuales tiene pequeños efectos.

Pero en el TDAH no influyen solamente los factores genéticos, sino que también tienen un papel contribuyente los factores ambientales. En este sentido, parece que la expresión de determinados genes puede estar condicionada a la programación epigenética, es decir que existe la influencia del código genético y a la vez también de determinados factores del entorno (hipótesis de la interacción genotipo y ambiente, GxA) (Franke et al., 2018). Algunos de los genes que han mostrado ser candidatos potenciales a tener un efecto en la predicción del TDAH tienen que ver principalmente con la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica (DRD4, DRD5, DAT1, HTR1B, SLC6A3, SLC6A4), aunque también se han implicado otros genes con papel en la comunicación sináptica (Faraone & Larsson, 2019).

En relación con los factores de riesgo procedentes del entorno, algunos ocurren durante el emba-

razo, y otros durante el parto o en etapas precoces de la vida. Entre los factores prenatales, se ha hallado que la exposición a tóxicos ambientales, el consumo de alcohol o de nicotina, déficits nutricionales, la presencia de obesidad y/o diabetes, o la presencia de niveles de estrés significativos, aumentan la posibilidad de padecer TDAH (Cecil et al., 2016; López-Vicente et al., 2019; Okano et al., 2019; Sourander et al., 2019; Xiang et al., 2018). Entre los factores perinatales o postnatales son considerados factores de riesgo el bajo peso al nacer, la prematuridad, el sufrimiento fetal/neonatal por falta de oxígeno, el parto instrumentado, la depresión postparto, así como cambios en el cuidador principal o estar sometido a condiciones psicosociales adversas en el período de los 2 primeros años de vida (Faraone et al., 2015; Park et al., 2014; Rowland et al., 2018; Sciberras et al., 2017). A nivel nutricional, se ha sugerido que una dieta no saludable y ciertos déficits nutricionales (más evidencia en relación con el hierro y ácidos grasos poliinsaturados) podrían incrementar el riesgo de TDAH y su severidad (Del-Ponte et al., 2019; Tseng et al., 2018). Sin embargo, aunque se ha hablado mucho en los últimos años del efecto beneficioso de la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados para niños con TDAH, éste no ha podido ser comprobado científicamente ni se ha incluido en las actuales directrices del *National Institute for Health and Care Excellence* (Gadoth, 2019).

Por otra parte, un estudio longitudinal llevado a cabo en Alemania con aproximadamente 1.400 participantes examinó los factores relacionados con los síntomas de TDAH a lo largo del tiempo en niños y adolescentes. Se observó, que si bien a nivel transversal el género masculino, el comportamiento agresivo y los problemas de salud mental de los padres se relacionaron con la presencia de síntomas de TDAH, los análisis longitudinales mostraron que, junto a los problemas de salud mental

de los padres, el género femenino, ser inmigrante, y la presencia de síntomas de ansiedad generalizada y de conducta disruptiva, se asociaron con un incremento de los síntomas de TDAH. Sin embargo, el buen clima familiar se asoció con una disminución de estos síntomas y el apoyo social también mostró efectos moderadores en este sentido (Wüstner et al., 2019).

Poder replicar los resultados de los estudios que investigan la interacción GxA y seguir identificando factores de riesgo y protectores que predicen o se asocian con la presencia de TDAH o de sus síntomas, es fundamental para acabar entendiendo la etiología del problema y así poder aplicar las medidas necesarias para reducir su prevalencia e impacto a nivel social (Gould et al., 2018).

Referencias

- Alhraiwil, N. J., Ali, A., Househ, M. S., Al-Shehri, A. M., & El-Metwally, A. A. (2015). Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries. *Neurosciences*, 20(2), 137.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 21(5), 34.
- Barkley, R. A. (2010). Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5-37.
- Barkley, R. A. (2015). Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype: Implications of the theory for ADHD and its treatment. In R. Barkley (Ed.), *Attention-deficit/hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Bianchini, R., Postorino, V., Grasso, R., Santoro, B., Migliore, S., Burlò, C., Tata, C., & Mazzone, L. (2013). Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: a population-based study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2543-2550.
- Calub, C. A., Rapport, M. D., Friedman, L. M., & Eckrich, S. J. (2019). IQ and academic achievement in children with ADHD: The differential effects of specific cognitive functions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(4), 639-651.

- Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Jané, M. C., & Domènech, E. (2018). ADHD prevalence in Spanish preschoolers: comorbidity, socio-demographic factors, and functional consequences. *Journal of Attention Disorders, 22*(2), 143-153.
- Canals-Sans, J., Morales Hidalgo, P., Roigé Castellví, J., Voltas Moreso, N., & Hernández Martínez, C. (2020). Prevalence and Epidemiological Characteristics of ADHD in Pre-School and School Age Children in the Province of Tarragona, Spain. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1087054720938866>
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaio, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry, 12*(1), 168.
- Chen, L. H., Lee, C.-c., Ho, T.-p., Hung, S.-f., Tang, C.-p., Garcia-Barcelo, M., Lai, Y. C. K., Ma, S. L., Mo, Y. M. F., & Lee, M. C. M. (2019). Genetic overlap between adhd and asd in shank genes in chinese population. *European Neuropsychopharmacology, 29*, S956-S957.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(2), 179-198
- Coghill, D., Asherson, P., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2019). The Age of Onset of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In *Age of Onset of Mental Disorders* (pp. 217-236). Springer.
- Del-Ponte, B., Quinte, G. C., Cruz, S., Grellert, M., & Santos, I. S. (2019). Dietary patterns and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 252*, 160-173.
- DeShazo Barry, T., Lyman, R., & Klinger, L. G. (2002). Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology, 40*(3), 259-283.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U., & Group, B. S. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(6), 665-673.
- Elkins, I. J., Saunders, G. R., Malone, S. M., Keyes, M. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2018). Associations between childhood ADHD, gender, and adolescent alcohol and marijuana involvement: A causally informative design. *Drug Alcohol Depend, 184*, 33-41.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., & Domènech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(1), 145-155.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine, 36*(2), 159-165.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 24*(4), 562-575.
- Franx, W., Oldehinkel, M., Oosterlaan, J., Heslenfeld, D., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., Franke, B., Beckmann, C. F., Buitelaar, J. K., & Mennes, M. (2015). The executive control network and symptomatic improvement in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cortex, 73*, 62-72.
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilsow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., & Haavik, J. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology, 28*(10), 1059-1088.
- Gadoth, N. (2020). Omega-3 Supplementation for Children with Learning Difficulties and Attention Deficit Disorder: Is it Beneficial?. *Journal of Pediatric Neurology, 18*(01), 001-006.
- García, T., Fernández, E., Villalba, M., Areces, D., & Rodríguez, C. (2021). What Predicts Life Satisfaction in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)? A Study from Parent and Child/Adolescent Perspectives. *The Spanish Journal of Psychology, 24*.
- Gould, K. L., Coventry, W. L., Olson, R. K., & Byrne, B. (2018). Gene-environment interactions in ADHD: the roles of SES and chaos. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(2), 251-263.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*, 106-123.
- Han, G. T., Chen, Y.-L., Tsai, F.-J., & Gau, S. S.-F. (2018). Temporal and reciprocal relations between ADHD symptoms and emotional problems in school-age children. *Journal of Attention Disorders, 1087054718787891*.
- Hernández Martínez, M., Pastor Hernández, N., Pastor Durán, X., Boix Lluch, C., & Sans Fitó, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria, 19*(73), 31-39.
- Holl, A. K., Vetter, N. C., & Elsner, B. (2021). Disentangling the relations of theory of mind, executive function and conduct problems. *Journal of Applied Developmental Psychology, 72*, 101233.
- Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M., & Huguet, A. (2018). Difference in Psychic Distress Lived by Parents with ADHD Children and Parents with Healthy Children: Focus on Gender Differences. *Journal of attention disorders, 1087054718790010*.
- Jarrett, M. A., Wolff, J. C., Davis III, T. E., Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2016). Characteristics of children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal of Attention Disorders, 20*(7), 636-644.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., & Artilles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en pobla-

- ción escolar de la comunidad autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 13-26.
- Kazda, L., Thomas, R., Bell, K., McGeechan, K., & Barratt, A. (2019). Are we overdiagnosing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *BMJ Journal*, 24. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2019-POD.41>
- Kirova, A. M., Kelberman, C., Storch, B., DiSalvo, M., Woodworth, K. Y., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2019). Are subsyndromal manifestations of attention deficit hyperactivity disorder morbid in children? A systematic qualitative review of the literature with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 274, 75-90.
- Kofler, M. J., Irwin, L. N., Soto, E. F., Groves, N. B., Harmon, S. L., & Sarver, D. E. (2019). Executive functioning heterogeneity in pediatric ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 273-286.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry*, 62(8), 896-902.
- Langer, N., Benjamin, C., Becker, B. L., & Gaab, N. (2019). Comorbidity of reading disabilities and ADHD: structural and functional brain characteristics. *Hum Brain Mapp*, 40(9), 2677-2698.
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., Van Den Bree, M., Harold, G., Owen, M. J., O'Donovan, M. C., & Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 235-240.
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470.
- López-Vicente, M., Fitó, N. R., Vilor-Tejedor, N., Garcia-Esteban, R., Fernández-Barrés, S., Dadvand, P., Murcia, M., Rebagliato, M., Ibarluzea, J., & Lertxundi, A. (2019). Prenatal omega-6: omega-3 ratio and attention deficit and hyperactivity disorder symptoms. *The Journal of Pediatrics*, 209, 204-211. e204.
- Mayes, D. S., & Calhoun, S. L. (2006). Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences*, 16, 145-157.
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., De Peppo, L., & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 9, 96.
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., & Viswesvaran, C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 595-607.
- Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Piffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 509-521.
- Molina, B. S., Howard, A. L., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Kennedy, T. M., Epstein, J. N., Arnold, L. E., Hechtman, L., & Vitiello, B. (2018). Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 692-702.
- Okado, I., Mueller, C. W., & Nakamura, B. J. (2016). Positive and negative affect in clinic-referred youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20, 53-62.
- Okano, L., Ji, Y., Riley, A. W., & Wang, X. (2019). Maternal psychosocial stress and children's ADHD diagnosis: a prospective birth cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 217-225.
- Park, S., Cho, S.-C., Kim, J.-W., Shin, M.-S., Yoo, H.-J., Oh, S. M., Han, D. H., Cheong, J. H., & Kim, B.-N. (2014). Differential perinatal risk factors in children with attention-deficit/hyperactivity disorder by subtype. *Psychiatry Research*, 219(3), 609-616.
- Pineda-Alhucema, W., Aristizabal, E., Escudero-Cabarcas, J., Acosta-López, J. E., & Vélez, J. I. (2018). Executive function and theory of mind in children with ADHD: A systematic review. *Neuropsychology Review*, 28(3), 341-358.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature genetics*, 47(7), 702.
- Racicka, E., Hanć, T., Giertuga, K., Bryńska, A., & Wolańczyk, T. (2018). Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents with ADHD: the significance of comorbidities and pharmacotherapy. *Journal of Attention Disorders*, 22(12), 1095-1108.
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., & Group, L. A. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443-1457.
- Roigé-Castellví, J., Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., van Ginkel, G., & Canals, J. (2020). Prenatal and perinatal factors associated with ADHD risk in schoolchildren: EPINED epidemiological study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12.

- Ronk, M. J., Hund, A. M., & Landau, S. (2011). Assessment of social competence of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Problematic peer entry, host responses, and evaluations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(6), 829.
- Rowland, A. S., Skipper, B. J., Rabiner, D. L., Qeadan, F., Campbell, R. A., Naftel, A. J., & Umbach, D. M. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(3), 213-222.
- Sanabra, M., Gómez-Hinojosa, T., Grau, N., & Alda, J. A. (2021). Deficient Emotional Self-Regulation and Sleep Problems in ADHD with and without Pharmacological Treatment. *Journal of Attention Disorders, 1087054720986242*.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry, 5*(2), 175-186.
- Sciberras, E., Bisset, M., Hazell, P., Nicholson, J., Anderson, V., Lycett, K., Jongeling, B., & Efron, D. (2016). Health-related impairments in young children with ADHD: a community-based study. *Child Care Health Dev, 42*(5), 709-717.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current Psychiatry Reports, 19*(1), 1.
- Seymour, K. E., & Miller, L. (2017). ADHD and depression: the role of poor frustration tolerance. *Current Developmental Disorders Reports, 4*(1), 14-18.
- Simone, A. N., Marks, D. J., Bédard, A.-C., & Halperin, J. M. (2018). Low working memory rather than ADHD symptoms predicts poor academic achievement in school-aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(2), 277-290.
- Sourander, A., Sucksdorff, M., Chudal, R., Surcel, H.-M., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Gyllenberg, D., Cheslack-Postava, K., & Brown, A. S. (2019). Prenatal cotinine levels and ADHD among offspring. *Pediatrics, 143*(3), e20183144.
- Surén, P., Bakken, I. J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K. K., Magnus, P., Reichborn-Kjennerud, T., Schjølberg, S., & Øyen, A.-S. (2012). Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics, 130*(1), e152-e158.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics, 135*(4), e994-e1001.
- Trampush, J. W., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2009). The impact of childhood ADHD on dropping out of high school in urban adolescents/young adults. *Journal of Attention Disorders, 13*(2), 127-136.
- Tseng, P.-T., Cheng, Y.-S., Yen, C.-F., Chen, Y.-W., Stubbs, B., Whitley, P., Carvalho, A. F., Li, D.-J., Chen, T.-Y., & Yang, W.-C. (2018). Peripheral iron levels in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports, 8*(1), 1-11.
- van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J. W., van Ewijk, H., Groenman, A. P., Thissen, A. J., Faraone, S. V., Heslenfeld, D. J., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2016). A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(9), 1007-1017.
- Walker, C.S., Walker, B.H., Brown, D.C., Buttross, S., & Sarver, D.E. (2021). Defining the role of exposure to ACEs in ADHD: examination in a national sample of US children. *Child Abuse & Neglect, 112*, 104884.
- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 17*(1), 32.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health, 46*(3), 209-217.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics, 9*(3), 490-499.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 991
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One, 14*(3)
- Xiang, A. H., Wang, X., Martinez, M. P., Getahun, D., Page, K. A., Buchanan, T. A., & Feldman, K. (2018). Maternal gestational diabetes mellitus, type 1 diabetes, and type 2 diabetes during pregnancy and risk of ADHD in offspring. *Diabetes Care, 41*(12), 2502-2508.

Trastornos del espectro del autismo

Paula Morales Hidalgo y Josefa Canals Sans

Departamento Psicología. Universitat Rovira i Virgili

INDICE	149 <i>Características y definición de los trastornos del espectro del autismo (TEA)</i>
	152 <i>Epidemiología de los TEA</i>
	153 <i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
	154 <i>Factores de riesgo y protección en los trastornos del espectro del autismo</i>
	156 <i>Referencias</i>

Características y definición de los trastornos del espectro del autismo (TEA)

El trastorno del espectro del autismo (TEA) es una condición crónica que tiene su inicio en la infancia temprana e implica una discapacidad persistente a lo largo del ciclo vital. El trastorno engloba una diáda de manifestaciones nucleares –alteraciones en la comunicación social y patrones de comportamiento repetitivos, restrictivos y estereotipados (Frazier et al., 2012; Mandy et al., 2012; Shuster et al., 2014). Sin embargo, la presentación individual y el curso clínico de la sintomatología es marcadamente heterogénea (Fountain et al., 2012; Szatmari et al., 2015), lo cual podría ser atribuido, por una parte, a la gran variabilidad en la etiología o la neurobiología del trastorno, la edad de inicio o el curso de las manifestaciones nucleares y, por otra parte, a la presencia de diferencias en las habilidades cognitivas, lingüísticas, adaptativas y en los patrones de comorbilidad (Zwaigenbaum et al., 2015).

En los últimos años, uno de los cambios más positivos adoptados en los sistemas de clasificación internacionales ha sido la eliminación de las clasi-

ficaciones diagnósticas dentro del autismo –entre otros, trastorno del autismo, trastorno de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno generalizado del desarrollo no específico o autismo atípico –y la adopción de una etiqueta diagnóstica única bajo el concepto dimensional de trastorno del espectro del autismo. Esto es debido, en primer lugar, a la evidencia empírica que sitúa el TEA como el extremo final de una distribución continua de síntomas en la población general (Cholemkery et al., 2016; Constantino & Todd, 2003; Ring et al., 2008; Spiker et al., 2002; Waterhouse et al., 1996) y, en segundo lugar, al hallazgo de un mayor número de semejanzas –que no diferencias– en la presentación y el curso clínico de personas con diferentes etiquetas de diagnóstico en el espectro del autismo (Frazier et al., 2012; Howlin et al., 2014; Lord et al., 2012; Lord & S.L., 2015). Esta reconceptualización plantea nuevas perspectivas de investigación y mejora la comunicación con familiares, profesionales no especialistas y profesionales del mundo de la educación.

En el ámbito de la interacción y la comunicación social recíproca, las personas con TEA presentan dificultades en la reciprocidad social y emocional,

déficits en las conductas no verbales empleadas en la interacción social y dificultades para mantener y desarrollar relaciones sociales. Estas carencias están relacionadas con la dificultad para construir y desarrollar funciones psicológicas tempranas (Rivière, 1997), que limitan la capacidad del niño o niña para orientarse de forma adecuada a los estímulos sociales, mantener atención conjunta y, finalmente, inferir los estados mentales y emocionales de los otros para dar una respuesta apropiada. A nivel clínico, con frecuencia se observan las siguientes características: dificultad para mantener el contacto ocular, dificultades en la integración de conductas verbales y no verbales, baja expresividad facial y corporal, uso escaso o inapropiado de gestos descriptivos, convencionales, instrumentales o informativos, dificultades para comprender expresiones y gestos de los demás, que implica una baja comprensión y respuesta a las emociones ajenas, anormalidades en la prosodia, normalmente baja expresividad, confusión pronominal e interpretaciones literales del lenguaje, acercamientos sociales peculiares o atípicos, así como dificultades para adaptarse a los diferentes contextos sociales, conductas de instrumentalización del adulto, carencias o ausencia en la iniciación y la respuesta social, que conlleva dificultades para participar en juegos y actividades sociales, dificultades para establecer una conversación socialmente recíproca, tendencia a la unilateralidad, debido a dificultades para alternar los turnos de conversación, escuchar, ampliar información, hacer preguntas, etc., interés reducido en compartir y responder a intereses y emociones. En algunos casos falta de interés en la interacción social, ausencia o retraso en el desarrollo del juego simbólico, a nivel individual y grupal, así como los juegos de tipo cooperativo, y dificultades para establecer relaciones de amistad ajustadas al nivel de desarrollo.

Los patrones de comportamiento restrictivos, estereotipados y repetitivos están presentes en todas las personas con TEA, aunque no todas presentan las mismas características ni en la misma intensidad. Estos síntomas podrían estar relacionados con la presencia de déficits en las funciones ejecutivas (Demetriou et al., 2017). Concretamente, las dificultades en el control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, capacidad de planificación y establecimiento de metas y objetivos podrían explicar en gran medida la falta de creatividad y espontaneidad, las dificultades para adaptarse de forma flexible a nuevos entornos y situaciones, las dificultades para ocupar su tiempo con planes de acción apropiados y la presencia de perseveración de conductas y movimientos repetitivos, entre otros (Martos Pérez & Paula Pérez, 2011). Las características clínicas más relevantes en esta área son: adherencia excesiva a rutinas o rituales específicos no funcionales, resistencia y frustración ante los cambios, intereses restringidos y obsesivo por diferentes temas o actividades, patrones de pensamiento rígido, habla repetitiva, os estereotipado o idiosincrásico del lenguaje, ecolalia inmediata o demorada, presencia de rituales verbales, preocupación persistente por partes de objetos, uso repetitivo y estereotipado de juguetes y objetos, movimiento de balanceo, movimientos inusuales o repetitivos de manos, dedos, brazos o todo el cuerpo, interés inusual excesivo en aspectos sensoriales del entorno: observar luces, perspectivas o movimientos, tocar u oler cosas, hiper- o hiporeactividad a estímulos sensoriales, incomodidad ante ciertos tejidos, selectividad alimentaria, alto o bajo umbral del dolor, respuestas adversas e imprevisibles ante estímulos sensoriales.

Respecto a la especificidad del fenotipo femenino del autismo, diversos estudios indican cómo las chicas obtienen puntuaciones más bajas en instrumentos de diagnóstico (Beggiato et al., 2017;

Rynkiewicz et al., 2016; Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014) y muestran un menor cumplimiento de los criterios de diagnóstico presentando niveles equivalentemente elevados de manifestaciones nucleares que los chicos (Dworzynski et al., 2012). En este sentido, varios estudios hablan de un efecto de camuflaje entre las chicas con TEA que implica, por un lado, la presencia de mayores habilidades imitativas y en el uso de la comunicación verbal, y por otra, la presencia de más estrategias compensatorias –como el hecho de mantenerse cerca de sus compañeros, entrar y salir con más frecuencia de las actividades– que ofrecen mayores oportunidades de socialización y enmascaran sus limitaciones sociales (Dean et al., 2017; Rynkiewicz et al., 2016). En general, las chicas con TEA muestran un mejor desarrollo de las habilidades sociales –como son la reciprocidad, la iniciación de amistades, la imitación o el juego imaginativo– y menos patrones de interés, comportamiento o actividades restrictivos y estereotipados (Backer van Ommeren et al., 2016; Beggiato et al., 2017; Hiller et al., 2014; Rynkiewicz et al., 2016; Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014), resultando además intereses más normativos que los chicos, como pueden ser la música, los animales, la lectura, las manualidades y las colecciones (Sutherland et al., 2017).

La gravedad y los síntomas de autismo se mantienen relativamente estables a lo largo de la infancia, la pre-adolescencia (Gotham et al., 2009; Szatmari et al., 2015) y la adolescencia (Louwerse et al., 2015; Woolfenden et al., 2012). Con la edad normalmente se observa una mejora de las áreas social y comunicativas, junto con cambios menores en el área de patrones repetitivos (Fountain et al., 2012). Sin embargo, la adolescencia es una etapa compleja debido a la presencia de cambios físicos y psicológicos, así como el incremento de la demanda social y de autonomía del entorno. En muchos casos, la falta de un grupo social de

referencia conlleva una disminución en las posibilidades de aprendizaje de aspectos cotidianos, comunicativos y sociales, así como relativos a la sexualidad. Según Balmaña y Calvo (2015), en esta etapa es habitual la presencia de rigidez cognitiva, dificultades de comprensión emocional, dificultades para mantener una conversación recíproca e iniciar interacciones, así como problemas en la organización del tiempo, la planificación y la organización de la información.

Las personas con TEA presentan alteraciones cognitivas y neuropsicológicas que limitan su autonomía y desarrollo académico, social y laboral. En el ámbito del neurodesarrollo, a menudo presentan alteraciones o retrasos en el lenguaje, describiéndose un 30% de personas sin desarrollo verbal (Wodka et al., 2013). Por otra parte, aunque la discapacidad intelectual se ha observado en un porcentaje que oscila entre el 48% y el 65% (Dykens & Lense, 2011; Höglund Carlsson et al., 2013), se ha demostrado que las alteraciones cognitivas –muchas de las cuales tienen relación con las funciones ejecutivas– están presentes en todo el espectro del autismo de forma independiente al cociente intelectual y se mantienen relativamente estables a lo largo del desarrollo (Demetriou et al., 2017). Merchán-Naranjo et al. (2016) hallaron dificultades para transformar y manipular cognitivamente la información verbal, una mayor latencia de respuesta, problemas en la atención y en la solución de problemas en niños/as y adolescentes con TEA en ausencia de alteración del desarrollo intelectual. Personas con perfiles de alto funcionamiento obtienen puntuaciones inferiores a sus iguales a nivel de función ejecutiva, en tareas que implican flexibilidad cognitiva y planificación, así como en otros dominios cognitivos como la memoria verbal y de trabajo, el procesamiento visual local-global y el reconocimiento emocional (Romelse et al., 2015; Rosa et al., 2017).

Los sistemas de clasificación vigentes (DSM-5, ICD-11) incorporan más información clínica para permitir una adecuada descripción psicopatológica. En este sentido, el diagnóstico de TEA debe especificar la presencia o ausencia de discapacidad intelectual o alteraciones del lenguaje funcional, así como la asociación con otras condiciones médicas, genéticas o factores ambientales (American Psychiatric Association, 2013). El DSM-5 también ha incorporado una categorización de severidad para cada uno de los dominios de sintomatología nuclear basada en la intensidad de apoyos necesarios para un buen funcionamiento en el entorno familiar, escolar o social (Nivel 1: necesita ayuda; Nivel 2: Necesita ayuda notable; Nivel 3: Necesita ayuda muy notable).

Epidemiología de los TEA

Una reciente revisión confirma una alta variabilidad en la prevalencia de TEA en todo el mundo y un aumento consistente de las estimaciones de prevalencia en las diferentes áreas geográficas (Chiarotti & Venerosi, 2020). Las diferencias podrían ser debidas a cambios en los sistemas de clasificación internacionales y a la mejora en los procesos de detección y diagnóstico, pero también a un incremento real del trastorno. Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en Europa entre los años 1960 y 1990 describen valores entre 1,9/10.000 and 72,6/10.000 (Belinchón, 2001; Elasbbagh et al., 2012; Garanto, 1994; Orte et al., 1995). Estas investigaciones se focalizaban en el estudio del trastorno autista de bajo rendimiento cognitivo mediante el registro de casos previamente identificados por los servicios sanitarios. Por otra parte, los estudios más recientes han incorporado definiciones más amplias del autismo basadas en las aportaciones de la CIE-9, CIE-10, DSM-IV, DSM-IV y,

en menor proporción, el DSM-5. A pesar de que los criterios de TEA establecidos en el DSM-5 son actualmente ajenos a las características diferenciales de sexo (Lai et al., 2013), la especificidad del fenotipo femenino a menudo conduce a una subestimación de la prevalencia en niñas, adolescentes y mujeres. Tradicionalmente se había descrito una ratio hombre: mujer de 4:1 (Centers for Disease Control Prevention, 2012; Elasbbagh et al., 2012; Hiller et al., 2014), pero el conocimiento y la capacidad de los clínicos en la detección en mujeres parece disminuir estas diferencias (3:1) (Loomes et al., 2017).

Los valores reportados en los últimos años se sitúan alrededor del 1,2-2,5% (Baio, 2014; Binta Diallo et al., 2018; Centers for Disease Control Prevention, 2014; Christensen et al., 2016; Idring et al., 2015; Kim et al., 2014; Randall et al., 2016; Saemundsen et al., 2013; Sun & Allison, 2010; Xu et al., 2018; Zablotzky et al., 2015). Sin embargo, se observa una elevada heterogeneidad entre estudios y países, con estimaciones inferiores al 0,2% en China, Italia, Irán o la India (Ferrante et al., 2015; Raina et al., 2015; Wan et al., 2013) hasta reportes que alcanzan el 2,5% en Estados Unidos (Xu et al., 2018) o el 2,7% en Korea del Sur (Kim et al., 2011). Por otro lado, en Europa, en los países nórdicos y también en el Reino Unido, se han estimado valores entre 0,56% y 1,57% (Baron-Cohen et al., 2009; Idring et al., 2015; Russell et al., 2014; Saemundsen et al., 2013), cercanos a los descritos en Estados Unidos, Canadá o Australia (Baio, 2014; Binta Diallo et al., 2018; Christensen et al., 2016; Randall et al., 2016). Sin embargo, en el resto de los países europeos las estimaciones son mucho más bajas y oscilan entre 0,05% y 0,61% (Bachmann et al., 2018; Ferrante et al., 2015; Hansen et al., 2015; Nygren et al., 2012; Skonieczna-Żydecka et al., 2017; van Bakel et al., 2015).

En España, atendiendo a los datos disponibles hasta la fecha, la mayoría de estudios se sitúan entre los años 1990-2005, se basan en el uso de registros sanitarios, sociales o educativos (Alberdi, 1990; Belinchón, 2001; Folch & Sánchez, 1994; Frontera, 2005; Garanto, 1994; Orte et al., 1995) y utilizan diferentes criterios de diagnóstico. El análisis de los datos sugiere un incremento en la prevalencia de los TEA a lo largo del tiempo, que podría estar relacionado con una mejora en los sistemas de detección y diagnóstico. Los primeros estudios se llevaron en la década de 1990 en Navarra, Murcia y Cataluña. Estos trabajos sitúan la prevalencia de TEA entre el 0,03% y 0,05% (Alberdi, 1990; Folch & Sánchez, 1994; Garanto, 1994; Orte et al., 1995). Entre 2001 y 2007 se describieron valores entre 0,02% y 0,13% en la Comunidad de Madrid, Aragón, Sevilla y Cádiz (Aguilera et al., 2007; Belinchón, 2001; Frontera, 2005; Trujillo et al., 2007). Siguiendo una metodología de estimación teórica en población infanto-juvenil, Sánchez-Valle et al. (2008) determinaron una prevalencia de 0,02% a nivel nacional. En la última década, se han llevado a cabo estudios epidemiológicos en Salamanca, Zamora, Las Palmas y Tarragona. Concretamente, se ha descrito una prevalencia de TEA entre los 18 y los 36 meses que oscila entre 0,61% y 0,64% (Canal-Bedia et al., 2011; Fortea Sevilla et al., 2013; García-Primo et al., 2014), así como valores entre el 1,55 y el 1,78% en edades de 4-5 años y entre el 1 y el 1,30% a los 10-11 años (Morales-Hidalgo et al., 2018; 2021). Estos últimos autores encuentran casos subclínicos de TEA entre el 2,85% y el 4,23% en la muestra escolar. Los datos basados en registro de diagnóstico en servicios de atención primaria y salud mental, respectivamente, reportan valores de prevalencia de 0,85% en menores de 14 años (Carballal Mariño et al., 2018) y de 1,23% en niños entre 2 y 17 años con variaciones entre regiones sanitarias (0,55%-1,85%) (Pérez-Crespo et al., 2019).

Impacto del problema en las esferas personal y social

Por lo que se refiere al impacto del problema, las personas con TEA muestran de forma significativa una percepción de menor calidad de vida a lo largo del ciclo vital que las personas sin esta condición (Egilson et al., 2017; van Heijst & Geurts, 2015). En la infancia, los factores más relacionados con la calidad de vida son la presencia de problemas de conducta, las habilidades socio-comunicativas, la conducta adaptativa, la educación y la presencia de comorbilidades psicopatológicas. Los niños y adolescentes con TEA de alto funcionamiento presentan una percepción de calidad de vida inferior a sus iguales (pero mayor que la perciben sus padres) en bienestar físico y psicológico, en autonomía y relación con los padres, en apoyo social y de su entorno escolar. Específicamente, la menor satisfacción es con uno mismo y las amistades. (Egilson et al., 2017; Franke et al., 2019).

En edades precoces, la percepción de la mayoría de los niños con TEA sin discapacidad intelectual es que tienen amigos, niños con los que jugar y que los aprecian en la escuela (Zeedyk et al., 2016). Sin embargo, al incrementar la edad, los niños con TEA mantienen menos relaciones de amistad recíprocas que los niños con un desarrollo típico (18% versus 64%; (Kasari et al., 2011)) y tienen una menor comprensión y competencia social, la cual cosa conduce a un mayor aislamiento social. Y al llegar a la adolescencia, la situación es de mayor complejidad; se dan cuenta de sus dificultades a nivel social y muestran de forma significativa mayores niveles de soledad percibida y una menor proximidad en las relaciones de amistad (Cresswell et al., 2019). Así, las características de los niños y adolescentes con TEA hacen que existan elevados índices de victimización y acoso escolar en ellos, lo cual afecta a su bienestar general y psicológico, desa-

rollo cognitivo, motivación académica y conduce a un peor ajuste escolar, más problemas emocionales y una mayor ocurrencia de interacciones negativas (Adams et al., 2016; Wright & Wachs, 2019).

La prevalencia de acoso se ha referido en el 50% de adolescentes con TEA relacionándose con mayor riesgo de ansiedad y depresión (Maiano et al., 2016; van Schalkwyk et al., 2018). También, el retraimiento relacionado a la falta de habilidades sociales y a sus consecuencias comporta un mayor aislamiento en su entorno familiar y aumenta el riesgo del uso inadecuado de las nuevas tecnologías y juegos on-line. En este sentido, aunque la participación en redes y juegos on-line puede ayudar en las relaciones de amistad (Sundberg, 2018), también puede incrementar su aislamiento social, la posibilidad de adicción y de ciber-victimización (Kawabe et al., 2019; Wright & Wachs, 2019). Por tanto, debemos tener en consideración a nivel educativo este alto riesgo de victimización en los escolares TEA, detectando precozmente estas conductas y actuando de manera preventiva en el entorno escolar.

La presencia de otras condiciones médicas o trastornos psicopatológicos afecta de forma significativa al curso y la gravedad del trastorno. Diversos autores han descrito una comorbilidad con otros problemas psicológicos entre el 56% y el 91%, siendo habitual la asociación con más de uno (Höglund Carlsson et al., 2013; Mattila et al., 2010; Pereira Pondé et al., 2017; Rosa et al., 2016; Salazar et al., 2015; Van Steensel et al., 2013). Aunque se observa una elevada heterogeneidad entre diferentes estudios, las asociaciones más frecuente son con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que oscila entre el 59% y el 86% (Joshi et al., 2017; Kaat et al., 2013; Mansour et al., 2017) y con los trastornos de ansiedad, seguido por la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno negativista desafiante (Hudson et al., 2019;

Pereira Pondé et al., 2017; Van Steensel et al., 2013).

En relación con el fenotipo femenino de autismo, Tint et al. (2018) describen cómo las demandas sociales de género pueden imponer importantes barreras al bienestar social de las mujeres con TEA a lo largo de la vida, presentando un mayor riesgo de situaciones de exclusión social y acoso. Asimismo, los autores recogen la presencia de un riesgo mayor a los hombres a presentar problemas de salud –tales como retraso en el inicio de la pubertad y dificultades menstruales, incluyendo síndrome premenstrual, amenorrea, dismenorrea y menorragia– y una mayor propensión a desarrollar de forma persistente sintomatología de internalizada o emocional.

Desde un enfoque complementario, también hay que tener en cuenta que la crianza de un niño con TEA supone un reto importante a nivel familiar y conlleva un efecto adverso en la calidad de vida de los padres. (Vasilopoulou & Nisbet, 2016) destacan que los padres y más aún las madres de niños con TEA presentan una menor percepción salud física y mental, un peor funcionamiento social y una menor satisfacción con su entorno que los padres de niños con un desarrollo típico. Además, la estigmatización y el incremento de responsabilidades en el cuidado de su hijo, tanto a nivel de organización familiar como a nivel económico, restringe las oportunidades para socializar y hacer cambios positivos en su entorno.

Factores de riesgo y protección en los trastornos del espectro del autismo

El autismo es un trastorno multicausal y probablemente de origen poligénico (Palomo Seldas, 2017), lo que tiene relación con la heterogeneidad fenotípica existente. Actualmente se considera que los factores genéticos por sí solos no pueden explicar el incremento en la prevalencia del TEA

en los últimos años, así como tampoco la elevada variación en la sintomatología y la gravedad de estos trastornos en la población. Por ello, se contempla que los factores epigenéticos y ambientales tienen también una gran influencia en la expresión fenotípica (Eapen et al., 2013). En este sentido, C. Wang et al. (2017) indican que entre el 35% y el 40% de los casos de autismo pueden explicarse en base a factores genéticos, mientras que entre el 60% y el 65% son el resultado de otros factores ambientales de tipo prenatal, perinatal y postnatal.

Según Lyall et al. (2017), la contribución de factores genéticos está fuertemente apoyada a nivel histórico por estudios de agregación familiar y estudios en gemelos, con estimaciones de heredabilidad entorno al 50% y el 95% y estimaciones del riesgo de la recurrencia entre hermanos del 3% al 18%. Las variaciones genéticas raras que incluyen las mutaciones hereditarias o de novo y las variaciones en el número de copias, sólo permitirían explicar un 10% de los casos de autismo no sindrómico, sin embargo, constituyen uno de los indicadores más claros y tempranos del riesgo de presentar el trastorno (Sanders et al., 2011). Por otra parte, alrededor de un 10% de los casos presentan un origen sindrómico con una base genética específica ya sean causados por alteraciones inespecíficas o relacionadas con síndromes ampliamente descritos –por ejemplo, la esclerosis tuberosa, el síndrome de Prader Willi o de Angelman– que habitualmente coexisten con discapacidad intelectual (Fernández-Mayoralas et al., 2013).

La influencia de factores ambientales de tipo prenatal, perinatal y postnatal resulta primordial en la etiología del TEA. Los factores de riesgo con mayor evidencia son el sexo masculino, la edad materna y paterna avanzada, el riesgo de aborto y las hemorragias previas y posteriores al parto, la

diabetes gestacional, las anomalías cerebrales congénitas, las complicaciones en el parto relacionadas con trauma o isquemia y las dificultades respiratorias y la hipoxia. Con un menor nivel de evidencia, también se encuentra el estado nutricional de la madre y la exposición a agentes tóxicos o contaminantes del aire durante el embarazo (Froehlich-Santino et al., 2014; Lyall et al., 2017; Modabbernia et al., 2017; C. Wang et al., 2017). A nivel epigenético, determinados factores ambientales, como los tóxicos y las deficiencias en vitamina D, podrían incrementar el riesgo de mutaciones genéticas, a la vez que determinados mecanismos genéticos podrían generar una mayor susceptibilidad a determinados efectos ambientales e incrementar el riesgo de TEA (Modabbernia et al., 2017).

A pesar del creciente interés en el estudio de factores de riesgo de tipo ambiental y su valor preventivo, existe poca información sobre **factores de protección** en el TEA. No obstante, se ha constatado que el sexo femenino protege a las niñas de alteraciones de TEA, las cuales podrían requerir una mayor carga etiológica para manifestar el fenotipo (Robinson et al., 2013; Szatmari, 2018). También se reconoce el papel preventivo de la suplementación de ácido fólico en el periodo periconcepcional y/o durante el primer mes de embarazo, la presencia de las variantes genotípicas MTHFR 677 citosina > tiamina relacionadas con el metabolismo del ácido fólico en madres o hijos/as, la suplementación de vitamina D y melatonina, un mayor consumo de ácidos grasos poliinsaturados, especialmente omega-3, en la etapa periconcepcional y una mayor ingesta de hierro al final del embarazo (Emberti Gialloreti et al., 2019; Iglesias, 2018; Schmidt, 2012). Además, en los últimos años se empieza a considerar el valor preventivo del uso de determinados probióticos debido a la relación hallada entre alteraciones de la microbiota y los TEA (Doenyas, 2018; Tomova,

2015). A nivel posnatal, se ha remarcado el valor protector de la lactancia materna (tanto exclusiva como mixta) por su contenido elevado de bifidobacterias, lisosomas, lipoxinas, glutatión y citoquinas inflamatorias (Emberti Gialloreti et al., 2019), así como el mantenimiento de niveles adecuados de hierro y ácido fólico durante el período de lactancia materna (Emberti Gialloreti et al., 2019). A nivel clínico, el mejor factor de protección es la identificación precoz, y la disponibilidad de apoyos escolares y familiares. En relación con los predictores de mejor pronóstico, variables individuales como perfiles más leves de sintomatología nuclear y mayor nivel de autonomía muestran un mejor desarrollo y mejoras más rápidas. La presencia de mayores habilidades cognitivas, de lenguaje y comunicación social en la infancia se relaciona en la edad adulta con una menor severidad de autismo, menores alteraciones conductuales y un funcionamiento adaptativo más elevado (Magiati et al., 2014; Szatmari, 2018). No obstante, en niños con una presentación de TEA considerada “leve”, (Louwerse et al., 2015) remarcan que en la adolescencia un 40% de ellos podría mostrar un empeoramiento clínico y entorno al 60% presentar manifestaciones de otro trastorno psiquiátrico. Esta evidencia pone de relieve la necesidad de garantizar a este grupo de personas los apoyos necesarios a nivel educativo, sanitario y social para intentar prevenir un curso desfavorable. Por otro lado, la presencia de problemas emocionales y conductuales comórbidos en la infancia se relaciona con una mayor prevalencia de estos problemas en la edad adulta. A nivel contextual, la presencia de estilos de parentalidad positiva, la presencia de entornos inclusivos a nivel social y académico, así como la vinculación temprana del niño con sus iguales son indicadores de buen pronóstico en el futuro (Emberti Gialloreti et al., 2019; Magiati et al., 2014).

Referencias

- Adams, R., Taylor, J., Duncan, A., & Bishop, S. (2016). Peer victimization and educational outcomes in mainstreamed adolescents with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3557-3566.
- Aguilera, A., Moreno, F. J., & Rodríguez, I. R. (2007). Prevalence estimates of autism spectrum disorder in the school population of Seville, Spain. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53(105), 97-109.
- Alberdi, J. (1990). *Investigación Epidemiológica de niños autistas en el Territorio Foral de Navarra* Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco].
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 21(5), 34.
- Bachmann, C. J., Gerste, B., & Hoffmann, F. (2018). Diagnoses of autism spectrum disorders in Germany: time trends in administrative prevalence and diagnostic stability. *Autism*, 22(3), 283-290.
- Backer van Ommeren, T., Koot, H. M., Scheeren, A. M., & Begeer, S. (2016). Sex differences in the reciprocal behaviour of children with autism. *Autism*, 21(6), 795-803.
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010.
- Balmaña, N., & Calvo, R. (2015). Trastornos del espectro autista. In L. Ezpeleta & J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 191-209). Ediciones Pirámide.
- Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E., & Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-509.
- Beggiano, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Asselme, F., Gillberg, C. I., Leboyer, M., Bourgeron, T., & Gillberg, C. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: divergence among specific core symptoms. *Autism Research*, 10(4), 680-689.
- Belinchón, M. (2001). *Situación y necesidades de personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Caja Madrid, Obra Social.
- Binta Diallo, F., Fombonne, É., Kisely, S., Rochette, L., Vasiliadis, H.-M., Vanasse, A., Noiseux, M., Pelletier, É., Renaud, J., & St-Laurent, D. (2018). Prevalence and correlates of autism spectrum disorders in Quebec: Prévalence et corrélats des troubles du spectre de l'autisme au Québec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 231-239.

- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M. V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, L., del Mar Herráez-García, M., Boada-Munoz, L., Fuentes-Biggi, J., & Posada-de La Paz, M. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *41*(10), 1342-1351.
- Centers for Disease Control Prevention. (2012). Community Report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring (Addm) Network: Prevalence of Autism Spectrum Disorders (Asds) Among Multiple Areas of the United States in 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, *61*(3), 1-19.
- Centers for Disease Control Prevention. (2014). Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, *63*(2), 1-21.
- Chen, L. H., Lee, C.-c., Ho, T.-p., Hung, S.-f., Tang, C.-p., Garcia-Barcelo, M., Lai, Y. C. K., Ma, S. L., Mo, Y. M. F., & Lee, M. C. M. (2019). Genetic overlap between ADHD and ASD in shank genes in chinese population. *European Neuropsychopharmacology*, *29*, S956-S957.
- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain sciences*, *10*(5), 274.
- Cholemkery, H., Medda, J., Lempp, T., & Freitag, C. M. (2016). Classifying autism spectrum disorders by ADI-R: subtypes or severity gradient?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(7), 2327-2339.
- Christensen, D. L., Bilder, D. A., & Zahorodny, W. (2016). Sydney Pettygrove, Maureen S. Durkin, Robert T. Fitzgerald, Catherine Rice, Margaret Kurzius-Spencer, Jon Baio, and Marshalyne Yeargin-Allsopp. 2016. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, *37*(1), 1-8.
- Constantino, J. N., & Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *60*(5), 524-530.
- Cresswell, L., Hinch, R., & Cage, E. (2019). The experiences of peer relationships amongst autistic adolescents: A systematic review of the qualitative evidence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *61*, 45-60.
- Dean, M., Harwood, R., y Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, *21*(6), 678-689
- Demetriou, E., Lampit, A., Quintana, D., Naismith, S., Song, Y., Pye, J., Hickie, I., & Guastella, A. (2017). Autism spectrum disorders: a meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, *23*(5), 1198-1204.
- Doenyas, C. (2018). Gut microbiota, inflammation, and probiotics on neural development in autism spectrum disorder. *Neuroscience*, *374*, 271-286.
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(8), 788-797.
- Dykens, E., & Lense, M. (2011). Intellectual disabilities and autism spectrum disorder: A cautionary note. *Autism spectrum disorders*, 261-269.
- Eapen, V., Crncec, R., & Walter, A. (2013). Exploring links between genotypes, phenotypes, and clinical predictors of response to early intensive behavioral intervention in autism spectrum disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, *11* (7), 567.
- Egilson, S. T., Olafsdottir, L. B., Leosdottir, T., & Saemundsen, E. (2017). Quality of life of high-functioning children and youth with autism spectrum disorder and typically developing peers: Self-and proxy-reports. *Autism*, *21*(2), 133-141.
- Elasbbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcin, C., & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, *5*(3), 160-179.
- Emberti Gialloreti, L., Mazzone, L., Benvenuto, A., Fasano, A., Garcia Alcon, A., Kraneveld, A., Moavero, R., Raz, R., Riccio, M. P., & Siracusano, M. (2019). Risk and protective environmental factors associated with autism spectrum disorder: evidence-based principles and recommendations. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(2), 217.
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *26*(4), 395-402.
- Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A., & Fernández-Jaén, A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. *Acta Pediátrica Española*, *71*(8), E217-E223.
- Ferrante, M., Barone, R., Fazio, A., Zerbo, S., Margherita, V., Rizzo, R., Fichera, G., & Fiore, M. (2015). Prevalence and age at diagnosis of Autism Spectrum Disorder in south Italy, 2004-2014: Maria Fiore. *The European Journal of Public Health*, *25*(suppl_3), ckv175. 099.
- Folch, J., & Sánchez, L. (1994). *Estudio epidemiológico del autismo, las psicosis infantiles y las oligofrenias en la comarca de Osona (Cataluña), con un seguimiento longitudinal de veinte y cinco años (1969 hasta 1994)* Actas del V Congreso Internacional Autismo-Europa, 177-227.

- Fortea Sevilla, M. S., Escandell Bermúdez, M. O., Castro, & Sánchez, J. J. (2013). Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. *Anales de Pediatría*, 79, 352-359. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.022>.
- Fountain, C., Winter, A. S., & Bearman, P. S. (2012). Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics*, 129(5), e1112-e1120.
- Franke, K. B., Hills, K., Huebner, E. S., & Flory, K. (2019). Life Satisfaction in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 1205-1218.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J., Findling, R. L., Hardan, A. Y., & Eng, C. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 28-40. e23.
- Froehlich-Santino, W., Tobon, A. L., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., & Collins, J. (2014). Prenatal and perinatal risk factors in a twin study of autism spectrum disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 54, 100-108.
- Frontera, M. (2005). Estudio epidemiológico de los trastornos generalizados del desarrollo en la población infantil y adolescente de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Descargado el*, 15.
- Garanto, J. (1994). *Epidemiología de las psicosis y autismo* (Vol. 1). Salamanca: Amarú Ediciones.
- García-Primo, P., Hellendoorn, A., Charman, T., Roeyers, H., Dereu, M., Roge, B., Baduel, S., Muratori, F., Narzisi, A., & Van Daalen, E. (2014). Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1005-1021.
- Gotham, K., Pickles, A., & Lord, C. (2009). Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(5), 693-705.
- Hansen, S. N., Schendel, D. E., & Parner, E. T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA pediatrics*, 169(1), 56-62.
- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1381-1393.
- Howlin, P., Savage, S., Moss, P., Tempier, A., & Rutter, M. (2014). Cognitive and language skills in adults with autism: a 40-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(1), 49-58.
- Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, K. L. (2019). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(1), 165-175.
- Höglund Carlsson, L., Norrelgen, F., Kjellmer, L., Westerlund, J., Gillberg, C., & Fernell, E. (2013). Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*, 2013.
- Ildring, S., Lundberg, M., Sturm, H., Dalman, C., Gumpert, C., Rai, D., Lee, B. K., & Magnusson, C. (2015). Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(6), 1766-1773.
- Iglesias, L., Canals, J., & Arija, V. (2018). Effects of prenatal iron status on child neurodevelopment and behavior: A systematic review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 58(10): 1604-1614.
- Iglesias-Vázquez, L., Van Ginkel, G., Arija, V., Canals, J. (2020). Composition of Gut Microbiota in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12, 792. doi: 10.3390/nu12030792
- Joshi, G., Faraone, S. V., Wozniak, J., Tarko, L., Fried, R., Galdo, M., Furtak, S. L., & Biederman, J. (2017). Symptom profile of ADHD in youth with high-functioning autism spectrum disorder: a comparative study in psychiatrically referred populations. *Journal of Attention Disorders*, 21(10), 846-855.
- Kaat, A. J., Gadow, K. D., & Lecavalier, L. (2013). Psychiatric symptom impairment in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 959-969.
- Kawabe, K., Horiuchi, F., Miyama, T., Jogamoto, T., Aibara, K., Ishii, E., & Ueno, S. (2019). Internet addiction and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 89, 22-28.
- Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y.-J., Kim, S.-J., Cheon, K.-A., & Leventhal, B. L. (2014). A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 500-508.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y.-J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.-C., Cheon, K.-A., Kim, S.-J., Kim, Y.-K., & Lee, H. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-912.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the autism "spectrum": reflections on DSM-5. *PLoS biology*, 11(4).
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule-2nd edition (ADOS-2)*. Western Psychological Corporation.
- Lord, C., & S.L., B. (2015). Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 53-70.
- Louwerse, A., Eussen, M., Van der Ende, J., de Nijs, P., Van Gool, A., Dekker, L., Verheij, C., Verheij, F., Verhulst, F., & Greaves-Lord, K. (2015). ASD symptom severity in adolescence of individuals diagnosed with PDD-NOS in childhood: Stability and the relation with psychiatric comorbidity and societal participation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(12), 3908-3918.
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., & Volk, H. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health, 38*, 81-102.
- Magiati, I., Tay, X. W., & Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: a systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review, 34*(1), 73-86.
- Maiano, C., Normand, C. L., Salvas, M. C., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research, 9*(6), 601-615.
- Mandy, W. P., Charman, T., & Skuse, D. H. (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(1), 41-50.
- Mansour, R., Dovi, A. T., Lane, D. M., Loveland, K. A., & Pearson, D. A. (2017). ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Research in Developmental Disabilities, 60*, 52-64.
- Martos Pérez, J. M., & Paula Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153*.
- Mattila, M.-L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., Linna, S.-L., Ebeling, H., Bloigu, R., & Joskitt, L. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community-and clinic-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(9), 1080-1093.
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., De Peppo, L., & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 9*, 96.
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., & Viswesvaran, C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 34*(8), 595-607.
- Merchán-Naranjo, J., Boada, L., del Rey-Mejías, Á., Mayoral, M., Llorente, C., Arango, C., & Parellada, M. (2016). La función ejecutiva está alterada en los trastornos del espectro autista, pero esta no correlaciona con la inteligencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 9*(1), 39-50.
- Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular autism, 8*(1), 13.
- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N., & Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(9), 3176-3190.
- Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., & Canals, J. (2021). Autism spectrum disorder prevalence and associated sociodemographic factors in the school population: EPINED study. *Autism*. DOI: 10.1177/13623613211007717.
- Nygren, G., Cederlund, M., Sandberg, E., Gillstedt, F., Arvidsson, T., Gillberg, I. C., Andersson, G. W., & Gillberg, C. (2012). The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: a population study of 2-year-old Swedish children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(7), 1491-1497.
- Orte, L., Martínez, M. J., López, C., Suances, M., Lonzo, F., Belmonte, F., Oñate, C., & Cuéllar, I. (1995). Estudio epidemiológico de trastornos profundos del desarrollo en la Comunidad Autónoma de Murcia. Actas VIII Congreso Nacional AETAPI.
- Pereira Pondé, M., Lins Matos, M., & Pinto Bispo de Oliveira, C. C. (2017). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in children with Autism Spectrum Disorder. *Brazilian Journal of Medicine and Human Health, 5*(2), 39-46.
- Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of Autism Spectrum Disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research, 12*(11), 1693-1705.
- Raina, S. K., Kashyap, V., Bhardwaj, A., Kumar, D., & Chander, V. (2015). Prevalence of autism spectrum disorders among children (1-10 years of age)-Findings of a mid-term report from Northwest India. *Journal of Postgraduate Medicine, 61*(4), 243.
- Randall, M., Sciberras, E., Brignell, A., Ihsen, E., Efron, D., Dissanayake, C., & Williams, K. (2016). Autism spectrum disorder: Presentation and prevalence in a nationally representative Australian sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50*(3), 243-253.

- Ring, H., Woodbury-Smith, M., Watson, P., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2008). Clinical heterogeneity among people with high functioning autism spectrum conditions: evidence favouring a continuous severity gradient. *Behavioral and Brain Functions*, 4(1), 11.
- Rivière, Á. (1997). *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. II Simposium Internacional sobre Autismo, Madrid.
- Robinson, E. B., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Happé, F., & Ronald, A. (2013). Examining and interpreting the female protective effect against autistic behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(13), 5258-5262.
- Rommelse, N., Langerak, I., van der Meer, J., de Bruijn, Y., Staal, W., Oerlemans, A., & Buitelaar, J. (2015). Intelligence may moderate the cognitive profile of patients with ASD. *PLoS One*, 10(10).
- Rosa, M., Puig, O., Lázaro, L., & Calvo, R. (2016). Socioeconomic status and intelligence quotient as predictors of psychiatric disorders in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder and in their siblings. *Autism*, 20(8), 963-972.
- Rosa, M., Puig, O., Lázaro, L., Vallés, V., Lera, S., Sánchez-Gistau, V., & Calvo, R. (2017). Broad cognitive profile in children and adolescents with HF-ASD and in their siblings: Widespread underperformance and its clinical and adaptive correlates. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 2153-2162.
- Russell, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C., & Ford, T. (2014). Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *J Autism Dev Disord*, 44(1), 31-40.
- Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A., & Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular autism*, 7(1), 10.
- Saemundsen, E., Magnússon, P., Georgsdóttir, I., Egilsson, E., & Rafnsson, V. (2013). Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ Open*, 3(6), e002748.
- Salazar, F., Baird, G., Chandler, S., Tseng, E., O'sullivan, T., Howlin, P., Pickles, A., & Simonoff, E. (2015). Co-occurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2283-2294.
- Sanders, S. J., Ercan-Sencicek, A. G., Hus, V., Luo, R., Murtha, M. T., Moreno-De-Luca, D., Chu, S. H., Moreau, M. P., Gupta, A. R., & Thomson, S. A. (2011). Multiple recurrent de novo CNVs, including duplications of the 7q11.23 Williams syndrome region, are strongly associated with autism. *Neuron*, 70(5), 863-885.
- Schmidt, R. J., et al. (2012). Maternal periconceptional folic acid intake and risk of autism spectrum disorders and developmental delay in the CHARGE (Childhood Autism Risks from Genetics and Environment) case-control study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 96(1), 80-89.
- Shuster, J., Perry, A., Bebko, J., & Toplak, M. E. (2014). Review of factor analytic studies examining symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(1), 90-110.
- Skonieczna-Żydecka, K., Gorzkowska, I., Pierzak-Sominka, J., & Adler, G. (2017). The prevalence of autism spectrum disorders in West Pomeranian and Pomeranian regions of Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 283-289.
- Spiker, D., Lotspeich, L. J., Dimiceli, S., Myers, R. M., & Risch, N. (2002). Behavioral phenotypic variation in autism multiplex families: evidence for a continuous severity gradient. *American Journal of Medical Genetics*, 114(2), 129-136.
- Sun, X., & Allison, C. (2010). A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 156-167.
- Surén, P., Bakken, I. J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K. K., Magnus, P., Reichborn-Kjennerud, T., Schjølberg, S., & Øyen, A.-S. (2012). Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics*, 130(1), e152-e158.
- Sutherland, R., Hodge, A., Bruck, S., Costley, D., & Klieve, H. (2017). Parent-reported differences between school-aged girls and boys on the autism spectrum. *Autism*, 21(6), 785-794.
- Szatmari, P. (2018). Risk and resilience in autism spectrum disorder: a missed translational opportunity? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(3), 225-229.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Bennett, T. A., Bryson, S., Fombonne, E., Miranda, P., Roberts, W., Smith, I. M., & Vailancourt, T. (2015). Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 276-283.
- Sánchez-Valle, E., Posada, M., Villaverde-Hueso, A., Tourino, E., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada, L., Martín-Arribas, M. C., Canal, R., & Fuentes-Biggi, J. (2008). Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 288-296.
- Thye, M. D., Bednarz, H. M., Herringshaw, A. J., Sartin, E. B., & Kana, R. K. (2018). The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 29, 151-167.
- Tint, A., Hamdani, Y., Sawyer, A., Desarkar, P., Ameis, S. H., Bardikoff, N., & Lai, M.-C. (2018). Wellness Efforts for Autistic Women. *Current Developmental Disorders Reports*, 5(4), 207-216.

- Trampush, J. W., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2009). The impact of childhood ADHD on dropping out of high school in urban adolescents/young adults. *Journal of Attention Disorders, 13*(2), 127-136.
- Trujillo, M., Sánchez, M., & Gutiérrez, M. (2007). *Estudio de la prevalencia de los TGD através de una unidad de salud mental infantil: Un estudio preliminar*. Interpsiquis. Retrieved Descargado de <http://psiqu.com/1-3691>
- van Bakel, M. M. E., Delobel-Ayoub, M., Cans, C., Assouline, B., Jouk, P.-S., Raynaud, J.-P., & Arnaud, C. (2015). Low but increasing prevalence of autism spectrum disorders in a French area from register-based data. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(10), 3255-3261.
- van Heijst, B. F., & Geurts, H. M. (2015). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism, 19*(2), 158-167.
- van Schalkwyk, G., Smith, I. C., Silverman, W. K., & Volkmar, F. R. (2018). Brief report: Bullying and anxiety in high-functioning adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(5), 1819-1824.
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorders: A comparison with children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 22*(3), 368-376.
- Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord, 44*(3), 627-635.
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 23*, 36-49.
- Wan, Y., Hu, Q., Li, T., Jiang, L., Du, Y., Feng, L., Wong, J. C.-M., & Li, C. (2013). Prevalence of autism spectrum disorders among children in China: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry, 25*(2), 70.
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: a meta-analysis. *Medicine, 96*(18).
- Waterhouse, L., Morris, R., Allen, D., Dunn, M., Fein, D., Feinstein, C., Rapin, I., & Wing, L. (1996). Diagnosis and classification in autism. *J Autism Dev Disord, 26*(1), 59-86.
- Wodka, E. L., Mathy, P., & Kalb, L. (2013). Predictors of phrase and fluent speech in children with autism and severe language delay. *Pediatrics, 131*(4), e1128-e1134.
- Woolfenden, S., Sarkozy, V., Ridley, G., & Williams, K. (2012). A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(1), 345-354.
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wright, M. F., & Wachs, S. (2019). Does peer rejection moderate the associations among cyberbullying victimization, depression, and anxiety among adolescents with autism spectrum disorder? *Children, 6*(3), 41.
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., & Bao, W. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among US children and adolescents, 2014-2016. *JAMA, 319*(1), 81-82.
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., & Blumberg, S. J. (2015). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey.
- Zeedyk, S. M., Cohen, S. R., Eisenhower, A., & Blacher, J. (2016). Perceived social competence and loneliness among young children with ASD: Child, parent and teacher reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(2), 436-449.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., McPartland, J. C., Natowicz, M. R., Choueiri, R., & Fein, D. (2015). Early identification of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics, 136*(Supplement 1), S10-S40.

Trastornos del procesamiento sensorial

Carmen Hernández-Martínez y Josefa Canals Sans

Departamento Psicología. Universitat Rovira i Virgili

INDICE

- 162 *Características y descripción de los trastornos del procesamiento sensorial*
- 165 *Epidemiología de los trastornos del procesamiento sensorial*
- 165 *Impacto del problema en las esferas personal y social*
- 166 *Factores de riesgo y protección en los trastornos del procesamiento sensorial*
- 167 *Referencias*

Características y descripción de los trastornos del procesamiento sensorial

La psicopatología en los primeros años de vida ha sido un campo controvertido entre los profesionales. Según algunos autores, existen razones para negar su existencia y son reacios a aceptarla, y en cambio, otros consideran que la detección precoz de la misma va a ser muy importante para prevenir futuros problemas. Entre las primeras razones, se considera que la conducta problema es el resultado de la interrelación con un entorno alterado, o es una variación de la normalidad o está relacionada puntualmente con el nivel de inmadurez en el desarrollo del niño. Por otra parte, el enfoque de la psicopatología del desarrollo considera que algunas conductas en la infancia (0 a 6 años) pueden ser manifestaciones de problemas psicológicos que deben ser identificadas e intervenidas. Esto va a permitir ayudar al niño y a su entorno, y va a contribuir en la prevención de la continuidad psicopatológica, tanto a nivel homotípico como heterotípico (cambios en la expresión de los síntomas) a lo largo del desarrollo. Es crucial diferenciar lo que son rasgos individuales que pueden formar

parte del temperamento del niño o conductas transitorias, de la verdadera psicopatología (Zeanah & Zeanah, 2019). En este sentido, la importancia de identificar precozmente problemas psicológicos ha comportado que se hayan creado sistemas de clasificación específicos como fue la DC: 0-3: Clasificación Diagnóstica de Salud Mental y de Trastornos del Desarrollo en la Infancia y Niñez Temprana (Zero to Three, 1994) y la versión actualizada, la DC: 0-5 (Zero to three, 2016), y que las clasificaciones generales de trastornos mentales, tales como la actual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) e ICD-11 (WHO, 2018) hayan mejorado los aspectos evolutivos en la descripción de sus características y del diagnóstico. La actual DC: 0-5 presenta una clasificación de trastornos clínicos con cierta similitud a los referidos en el DSM-5 y en la que se incluyen 8 apartados: Trastornos del neurodesarrollo, Trastornos del procesamiento sensorial, Trastornos de ansiedad, Trastornos del humor, Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, Trastornos del sueño, de la conducta alimentaria y del llanto; Trastornos por trauma, estrés y privación, y Trastornos de relación. En este capítulo, nos vamos a centrar en los Trastornos del

procesamiento sensorial por ser una condición poco conocida, de inicio en los primeros años de vida, e importante de detectar para evitar consecuencias en el futuro desarrollo del niño.

Desde el inicio de la vida, presentamos dos condiciones esenciales, la autoregulación y la capacidad de sintonizar con otros, que van a permitir generar interrelaciones saludables, tener afecto positivo y organizar la conducta (Sander, 1997).

La habilidad de autoregulación es la capacidad de gestionar las respuestas a la estimulación procedente del entorno y conseguir así un estado de calma y alerta. Esta habilidad se desarrolla principalmente durante los primeros años de vida como resultado de la maduración fisiológica, la capacidad de adaptación del niño o niña al entorno y la sensibilidad de los cuidadores principales (Harrison, Kats, Williams, & Aziz-Zadeh, 2019). Se denomina procesamiento sensorial a la forma en que el sistema nervioso central gestiona la información recibida de los órganos sensoriales (visual, auditivo, táctil, gusto, olfato, propiocepción y sistema vestibular), la procesa y emite una respuesta integrada y efectiva. Este proceso incluye la recepción, modulación, integración, discriminación y organización de los estímulos sensoriales, así como las respuestas adaptativas a estos estímulos (De Paula Machado, De Oliveira, De Castro Magalhães, De Miranda, & Bouzada, 2017). Aunque algunos cuadros psicopatológicos tales como el Trastorno del espectro del autismo, el Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad o la discapacidad intelectual a menudo cursan con dificultades en el procesamiento de la información sensorial (Engel-Yeger, Hardal-Nasser, & Gal, 2011; Little, Dean, Tomchek, & Dunn, 2018; Pfeiffer, Daly, Nicholls, & Gullo, 2015; Thye, Bednarz, Herringshaw, Sartin, & Kana, 2018), en la actualidad se considera que estas dificultades pueden ser entidades independientes, con una base biológica diferenciada y

constituyen los Trastornos del procesamiento sensorial.

Los niños con problemas del procesamiento sensorial responden de manera inapropiada a ciertos estímulos sensoriales, no pueden organizar una respuesta de manera automática y fluida, y esto puede afectar la capacidad de regulación y de adaptación a las situaciones diarias, de regular la atención y el humor y en general impide funcionar de manera apropiada. Las dificultades en el procesamiento sensorial aparecen ya en la primera infancia, evolucionan con el tiempo y varían dependiendo del sistema o sistemas sensoriales involucrados. La variabilidad en la presentación y severidad de sus manifestaciones complica el proceso diagnóstico e incide en la dinámica familiar y posteriormente en la escolar y social (Critz, Blake, & Nogueira, 2015). Si en los 2-3 primeros años de vida puede sospecharse un Trastorno del espectro del autismo, en la edad preescolar y escolar los síntomas podrían hacer pensar un Trastorno por déficit de atención, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, alteración emocional o trastorno de la coordinación motora. Uno de los retos para los padres y profesores puede ser entender como un niño con buena capacidad cognitiva tiene dificultades para regular su funcionamiento.

Según la DC: 0-5: Clasificación Diagnóstica de Salud Mental y de Trastornos del Desarrollo en la Infancia y Niñez Temprana (Zero to three, 2016), los TPS se centran únicamente en la respuesta emocional y conductual no considerando los correlatos motrices, pueden ser diagnosticados a partir de los 6 meses y se categorizan según su intensidad. La DC: 0-5 también incluye que antes de hacer el diagnóstico de TPS es necesario descartar que los síntomas no sean mejor explicados por un Trastorno del espectro del autismo, trastorno depresivo o de ansiedad. Así, los niños diagnosticados de algún

Trastorno del procesamiento sensorial deben presentar un patrón de respuestas de mayor (Trastorno de Hipereactividad Sensorial -Sensory Over-Responsivity Disorder-) o menor (Trastorno de Hiporeactividad Sensorial -Sensory Under-Responsivity Disorder-) magnitud en relación con la intensidad de la estimulación percibida (Otros trastornos sensoriales -Other Sensory Disorders). Este patrón de respuestas debe ser más grave, frecuente y/o duradero de lo que podría observarse en un niño de edad y/o nivel de desarrollo equivalente, darse en más de un contexto (por ejemplo: hogar, escuela, etc.), involucrar uno o más sentidos (tacto, oído, visión, gusto, olfato, interocepción, sistema vestibular y/o propiocepción) y ocasionar dificultades en el funcionamiento familiar y/o interferir en el ritmo de desarrollo normal del niño que las padecen.

Para el diagnóstico de Trastorno de Hiperreactividad Sensorial, es necesario que, ante una determinada estimulación sensorial (por ejemplo: el ruido de la batidora, tacto de un jersey, textura de una comida, etc.), el niño emita una respuesta conductual y/o emocional más rápida, intensa y/o prolongada de lo que cabría esperar con relación a la magnitud de la estimulación percibida y momento evolutivo. Estos niños tienen un umbral de reactividad excesivamente bajo, suelen ser descritos como excesivamente sensibles y excitables, de temperamento difícil, y demasiado reactivos (Aldrete-Cortez, Carrillo-Mor, Mansilla-Olivares, Schnaas, & Esquivel, 2014; Harrison et al., 2019). Serían bebés que presentan problemas en establecer un patrón estable de sueño-vigilia, con llantos más persistentes e inconsolables (Aldrete-Cortez et al., 2014), podrían rechazar nuevas texturas gustativas o el ser abrazados por las dificultades de procesamiento a nivel táctil. En la edad preescolar podrían tener resistencia a jugar con algunos juguetes, llorar cuando se le cepilla el cabello o le hacen vestir

con determinada ropa, taparse los oídos cuando suena la campana de la escuela, tener asco y evitar comidas o lugares por el olor. Todo esto conlleva dificultades y posibles rabietas en situaciones cotidianas (vestirse, comer, dormir, aprender a usar el baño) y consecuencias en el establecimiento de los vínculos con sus cuidadores y adaptación social (Critz et al., 2015). Así mismo, la persistencia a lo largo del desarrollo hace que en la edad escolar influya en el aprendizaje y vida social, y en la edad adulta, las personas con hipersensibilidad a la estimulación sensorial hayan aprendido a evitar la estimulación y a regular su conducta para ser socialmente aceptable (DeGangi, 2012; Greenspan & Wieder, 1993).

Los niños diagnosticados de un Trastorno de Hiporeactividad Sensorial requieren más cantidad de estimulación para reaccionar, suelen ser tranquilos y vigilantes, y aparentemente, parece que no responden a su entorno y que no son receptivos a los demás. De lactantes, pueden tener largos períodos de sueño o no ser demandantes a la hora de comer ni reaccionar a ruidos fuertes. Aunque pueden parecer tristes o poco interesados en los estímulos que los rodean, su aislamiento y falta de respuesta refleja su incapacidad para alcanzar un umbral mínimo de arousal para activar y reaccionar.

Recientemente se ha estudiado si existe una base genética y neurobiológica en los TPS. Sin embargo, estos estudios se han realizado con los Trastornos de Hiperreactividad ya que estos son más frecuentes que los de hiporeactividad. Así, estudios de gemelos han mostrado que existe una mayor concordancia de síntomas entre gemelos monoigóticos (Van Hulle, Schmidt, & Goldsmith, 2012) y estudios de neuroimagen muestran que existe una disminución en la densidad de la sustancia blanca principalmente en la parte posterior del lóbulo parietal y en el lóbulo occipital, así como una diferente actividad cerebral ante los es-

tímulos sensoriales (Chang et al., 2016; Harrison et al., 2019). Los estudios con Trastornos de Hiporeactividad Sensorial son escasos y hasta la fecha no se han encontrado correlatos neurológicos ni genéticos (Zero to three, 2016).

Epidemiología de los trastornos del procesamiento sensorial

Los datos epidemiológicos existentes sobre los TPS son escasos y deben interpretarse con cautela ya que, en su mayoría, han sido obtenidos de información extraída a través de cuestionarios administrados a los progenitores. Así, quizás es más adecuado hablar de prevalencia de síntomas que de prevalencia de diagnóstico. Según la DC: 0-5: Clasificación Diagnóstica de Salud Mental y de Trastornos del Desarrollo en la Infancia y Niñez Temprana, la prevalencia del Trastorno de Hiperreactividad Sensorial se encuentra entre el 6% y el 16,5% y no ofrece datos epidemiológicos de los Trastornos de Hiporeactividad Sensorial o de Otros Trastornos del Procesamiento Sensorial, aunque sí señala que son raros y menos frecuentes (Zero to three, 2016). Estudios realizados en Israel, muestran prevalencias similares en torno al 15% (Engel-Yeger, 2010; Engel-Yeger, 2012) y datos de los Estados Unidos indican prevalencia de síntomas entorno al 11-16% (Ben-Sasson, Carter, & Briggs-Gowan, 2009; Gouze, Hopkins, LeBailly, & Lavigne, 2009).

Es frecuente encontrar problemas en el procesamiento sensorial en población clínica. En este sentido, un estudio realizado en California con una población de 970 gemelos de 7 años de edad encontró que un 57,2% de los que obtuvieron una puntuación de riesgo de padecer TPS, cumplían con los criterios diagnósticos de, al menos, un trastorno psicopatológico evaluado por entrevista estructurada (DISC-IV) (Fisher, Lucas, & Shaffer, 1997),

hallando en un 50,4% el diagnóstico de trastorno exteriorizado y en un 31,7% de trastorno interiorizado. No se han encontrado diferencias de edad ni de género (Harrison et al., 2019; Van Hulle et al., 2012).

En España, dos estudios realizados en muestras pequeñas han hallado prevalencias entorno del 14-30% (Delgado, Montes, & Rodríguez, 2016a; Delgado, Montes, & Prieto, 2016b) dependiendo de la herramienta utilizada. En general, aunque los niños padecen más síntomas que las niñas, estas diferencias no son significativas en la mayoría de estudios (Delgado et al., 2016b).

Impacto del problema en las esferas personal y social

Por lo que se refiere al impacto, las dificultades en el procesamiento sensorial representan características constitucionales y madurativas que interfieren en las relaciones con el entorno familiar y social y en el desarrollo cognitivo (Cosbey, Johnston, & Dunn, 2010; Miller, Robinson & Moulton, 2004; Thomasgard, 2003; Van Hulle et al., 2012). Las características temperamentales y las respuestas que presentan estos niños y niñas desde el nacimiento hacen que sean calificados como altamente demandantes dificultando así los procesos de vinculación. En este sentido, los progenitores que no consiguen entender las reacciones de sus bebés y consolarles de manera efectiva pueden desarrollar sentimientos de incompetencia y percepción de bajas habilidades parentales. La crianza se convierte en una situación estresante dificultando así el proceso de vinculación afectiva. También, esta situación impide el desarrollo de la sensibilidad materna y paterna ya que, al no conseguir calmar al bebé, los progenitores perciben que no saben interpretar las señales de su hijo y este hecho dificulta el desarrollo de una correcta inte-

gración sensorial, incrementando sus problemas de procesamiento sensorial. Esta situación tiende a convertirse en crónica incrementando así el riesgo de psicopatología posterior (Ahn, Miller, Milberger, & McIntosh, 2004; Degangi, Sickel, Kaplan, & Wiener, 1997).

Por otro lado, los niños excesivamente sensibles y reactivos tienen dificultades para gestionar su comportamiento y su conducta en situaciones de juego con iguales debido a que, en general, los juegos infantiles son muy intensos y eso puede hacer que no sean capaces de participar de manera adaptativa en interacciones apropiadas para su edad en el parque, en el recreo, en los cumpleaños, etc. En muchas ocasiones, los niños que padecen estas dificultades no pueden expresar qué les sucede, pierden el control de sus respuestas y su conducta puede ser mal interpretada fácilmente por sus progenitores, docentes y por sus iguales (Van Hulle et al., 2012). De hecho, estudios previos han mostrado que los niños con TPS tienden a experimentar limitaciones en su participación social aun durante la adolescencia y edad adulta (Armstrong, Redman-Bentley, & Wardell, 2013; DeGangi, 2012; Ismael, Mische, & Cox, 2015).

Estos problemas también impactan en el desarrollo cognitivo de las personas que los padecen. Desde bebés, se ha descrito como estos niños tienen una conducta exploratoria limitada, la conducta exploratoria es clave para el desarrollo psicomotriz y la consecución de los grandes hitos del desarrollo de la motricidad fina y gruesa ya que es el instinto de explorar el entorno el que hace que un niño o niña quiera desplazarse (desarrollo de la motricidad gruesa) y alcanzar objetos (desarrollo de la motricidad fina) (Aldrete-Cortez et al., 2014; Miller et al., 2004; Zero to Three, 2005). Así, las alteraciones tempranas en el sistema sensorial desencadenan un déficit en el procesamiento de la información, hecho que impacta negativamente

en estadios tardíos del procesamiento de la misma (Aldrete-Cortez et al., 2014). Por otro lado, es necesario señalar que el ambiente estresante en el que se produce el proceso de aprendizaje, es un factor más en la desventaja académica que pueden presentar estos niños ya que no favorece los procesos cognitivos necesarios para la adquisición e integración del conocimiento (Delgado et al., 2016a).

Factores de riesgo y protección en los trastornos del procesamiento sensorial

Aunque la etiología de los Trastornos del Procesamiento Sensorial es desconocida, existen estudios que los asocian con factores genéticos, familiares y ambientales (Miller, Nielsen, Schoen, & Brett-Green, 2009; Pérez Robles, Ballabriga, Diéguez, & da Silva, 2012). Se ha prestado especial atención a las experiencias prenatales y perinatales de tal manera que la exposición prenatal a ciertos medicamentos, alcohol o estrés se ha asociado con más síntomas de TPS (Keuler, Schmidh, & Goldsmith, 2010; Van Hulle, Lemery-Chalfant, & Goldsmith, 2015). En este sentido, May-Benson, Koomar, & Teasdale, (2009) revisaron las historias clínicas obstétricas de una muestra de 1000 niños de 3 a 17 años que mostraban alteraciones en el procesamiento sensorial y, en aproximadamente el 40% de los casos, las madres experimentaron algún problema relacionado con la salud o estrés durante la gestación, complicaciones en el parto y/o prematuridad. La prematuridad es quizás el factor de riesgo que más consistentemente se ha relacionado con alteraciones del procesamiento sensorial (Bröring, Königs, Oostrom, Lafeber, Brugman, & Oosterlaan, 2018; Goyen, Lui, & Hummell, 2011; Nevalainen, Pihko, Metsäranta, Andersson, Autti, & Lauronen, 2008; Walker, Franck, Fitzgerald, Myles, Stocks, & Marlow, 2009) y se han dado varias explicaciones al respecto todas ellas comple-

mentarias e incluso acumulativas. La prematuridad, en primer lugar, supone una interrupción abrupta del desarrollo neurobiológico intrauterino, en este sentido, el útero limita la cantidad, tipo y duración de estimulación que recibe el feto, pero este patrón de estimulación sensorial se ve radicalmente alterado por el parto prematuro y el probable ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) recibiendo así cantidades más pequeñas de estimulación vestibular que resulta del movimiento materno, pero incrementando significativamente otros tipos de estimulación que no están presentes en el entorno intrauterino (luces brillantes, niveles altos de ruido, exceso de manejo, y frecuentes intervenciones dolorosas). Además, también hay que tener en cuenta las complicaciones médicas asociadas con un parto prematuro. Toda esta realidad tiene efectos en el cerebro en desarrollo e interfiere en el desarrollo de los sistemas sensoriales. Aunque no todas estas experiencias tienen un papel importante en el establecimiento de los patrones iniciales de la conectividad de los sistemas sensoriales, contribuyen a la mejora y el mantenimiento de las conexiones apropiadas en el cerebro en desarrollo (de Paula Machado et al., 2017; Grubb & Thompson, 2004).

Referencias

- Ahn, R.R., Miller, L.J., Milberger, S., & McIntosh, D.N. (2004). Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 287-293.
- Alderete-Cortez, V., Carrillo-Mora, P., Mansilla-Olivares, A., Schnaas, L., & Esquivel, F. (2014). De la regulación emocional y cognitiva a la autoregulación en el primer año de vida. *Anuario de Psicología*, 44, 199-212.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Armstrong, D.C., Redman-Bentley, D., & Wardell, M. (2013). Differences in function among children with sensory processing disorders, physical disabilities, and typical development. *Pediatric Physical Therapy*, 25, 315-321.
- Ben-Sasson, A., Carter, A.S. & Briggs-Gowan, M.J. (2009). Sensory over responsivity in elementary school, prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 705-716.
- Bröring, T., Königs, M., Oostrom, K.J., Lafeber, H.N., Brugman, A., & Oosterlaan, J. (2018). Sensory processing difficulties in school-age children born very preterm: An exploratory study. *Early Human Development*, 117, 22-31.
- Chang, Y.S., Gratiot, M., Owen, J.P., Brandes-Aitken, A., Desai, S.S., Hill, S.S., Arnett, A.B., Harris, J., Marco E.J. & Mukherjee, P. (2016). White matter microstructure is associated with auditory and tactile processing in children with and without sensory processing disorder. *Frontiers of Neuroanatomy*, 9, 169
- Cosbey, J., Johnston, S.S., & Dunn, M. L. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 462-473.
- Critz, C., Blake, K., & Nogueira, E. (2015). Sensory Processing Challenges in Children. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11, 710-716.
- De Paula Machado, A.C.C., De Oliveira, S.R., De Castro Magalhães, L., De Miranda, D.M., & Bouzada, M.C.F. (2017). Sensory processing during childhood in preterm infants: A systematic review. *Revista Paulista De Pediatria*, 35, 92-101.
- DeGangi, G.A. (2012). *The dysregulated adult*. NY: Elsevier.
- DeGangi, G.A., Sickel, R.Z., Kaplan, E.P., & Wiener, A.S. (1997). Mother-infant interactions in infants with disorders of self-regulation. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 17, 17-39.
- Delgado, L., Montes, R., & Prieto, J.A. (2016a). Prevalence of psychomotor retardation and its relation to the sensory profile in preschool children. *Journal of Human Growth and Development*, 26, 323-330.
- Delgado, L., Montes, R., & Rodríguez, S. (2016b). Prevalence of sensory processing disorder among Spanish children. Preliminary results and comparison between screening tools. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 13, 24.
- Engel-Yeger, B. (2010). The applicability of the short sensory profile for screening sensory processing disorders among Israeli children. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33, 311-318.
- Engel-Yeger, B. (2012). Validating the Adolescent/Adult sensory profile and examining its ability to screen sensory processing difficulties among Israeli people. *British Journal of Occupational Therapy*, 75, 321-329.
- Engel-Yeger, B., Hardal-Nasser, R., & Gal, E. (2011). Sensory processing dysfunctions as expressed among children with different severities of intellectual developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1770-1775.

- Fisher, P.W., Lucas, C., & Shaffer, D. (1997). Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (DISC-IV): Test-Retest reliability in a clinical sample. Paper presented at 44th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Toronto.
- Gouze, K.R., Hopkins, J., LeBailly, S.A. & Lavigne, J.V. (2009). Re-examining the epidemiology of sensory regulation dysfunction and comorbid psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 1077-1087.
- Goyen, T., Lui, K., & Hummell, J. (2011). Sensorimotor skills associated with motor dysfunction in children born extremely preterm. *Early Human Development*, *87*, 489-493.
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1993). Regulatory Disorders. In Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Grubb, M.S., & Thompson, I.D. (2004). The influence of early experience on the development of sensory systems. *Current Opinion in Neurobiology*, *14*, 503-512.
- Harrison, L.A., Kats, A., Williams, M.E., & Aziz-Zadeh, L. (2019). The importance of sensory processing in mental health: A proposed addition to the research domain criteria (RDoC) and suggestions for RDoC 2.0. *Frontiers in Psychology*, *10*.
- Ismael, N.T., Mische, L.A., & Cox, J.A. (2015). The relationship between children's sensory processing patterns and their leisure preferences and participation patterns. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *82*, 316-324.
- Little, L.M., Dean, E., Tomchek, S., & Dunn, W. (2018). Sensory Processing Patterns in Autism, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Typical Development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *38*, 243-254.
- Keuler, M.M., Schmidh, N.L., & Goldsmith, H.H. (2010). Sensory over-responsivity: temperament contributions and prenatal implications. *Behavioral Genetics*, *40*, 798-799.
- May-Benson, T., Koomar, J., & Teasdale, A. (2009). Incidence of pre-, peri- and postnatal birth and developmental problems of children with sensory processing disorder and children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, *3*, 31.
- Miller J.L., Robinson J. & Moulton, D. (2004). Sensory Modulation Dysfunction: Identification in Early Childhood. In Del Carmen-Wiggins & Carter (Ed.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health assessment* (pp. 247-270). Oxford: University Press.
- Miller, L.J., Nielsen, D.M., Schoen, S.A., & Brett-Green, B.A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: A call for translational research. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, *3*, 22.
- Nevalainen, P., Pihko, E., Metsäranta, M., Andersson, S., Autti, T., & Lauronen, L. (2008). Does very premature birth affect the functioning of the somatosensory cortex? - A magnetoencephalography study. *International Journal of Psychophysiology*, *68*, 85-93.
- Pérez Robles, R., Ballabriga, M.C.J., Diéguez, E.D., & da Silva, P.C. (2012). Validating regulatory sensory processing disorders using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 11/2-5). *Journal of Child and Family Studies*, *21*, 906-916.
- Pfeiffer, B. Daly, B.P., Nicholls, E.G. & Gullo, D.F. (2015). Assessing Sensory Processing Problems in Children With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *35*, 1-12.
- Sander, L.W. (1997). Paradox and resolution: From the beginning. In J.D. Nospitz (Ed.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, Volume 1, Infants and Preschoolers: Development and Syndromes (pp 153-159). New York: John Wiley & Sons.
- Thye, M.D., Bednarz, H.M, Herringshaw, A., Sartin, E., & Kana, R.K. (2018). The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *29*, 151-167.
- Thomasgard, M. (2003). Working with challenging young children: Relations between child temperament, response to novelty and sensory processing. *Clinical Pediatrics*, *42*, 197-204.
- Van Hulle, C., Lemery-Chalfant, K., & Goldsmith, H.H. (2015). Trajectories of sensory over-responsivity from early to middle childhood: Birth and temperament risk factors. *PLoS ONE*, *10*.
- Van Hulle, C.A., Schmidt, N.L & Goldsmith, H.H. (2012). Is sensory over-responsivity distinguishable from childhood behavior problems? A phenotypic and genetic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 64-72.
- Walker, S. M., Franck, L. S., Fitzgerald, M., Myles, J., Stocks, J., & Marlow, N. (2009). Long-term impact of neonatal intensive care and surgery on somatosensory perception in children born extremely preterm. *Pain*, *141*, 79-87.
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zeanah, C.H., & Zeanah, P.D. (2019). The Science of Early Experience. In C.H. Zeanah. *Handbook of Infant Mental Health: Fourth Edition*. The Guildford Press: New York.
- Zero To Three (1994). DC:0-3. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Zero to three press: Washington DC.
- Zero To Three (2005). DC:0-3R. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition*. Zero to three press: Washington DC.
- Zero to three (2016). DC:0-5. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Zero to Three press: Washington DC.

Problemas asociados a familias desestructuradas

Carlos Martínez Bermúdez¹ y Antonio José Molina Facio²

¹Equipo de Tratamiento Familiar. Diputación Provincial de Cádiz. ²Servicio de Protección de Menores de Cádiz. Junta de Andalucía

INDICE

169	Desprotección y maltrato infantil
169	<i>Características y definición del maltrato o desprotección infantil</i>
170	<i>Epidemiología de la desprotección y maltrato infantil</i>
171	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
172	<i>Factores de riesgo y protección</i>
173	Violencia filioparental
173	<i>Caracterización y definición de la violencia filioparental</i>
174	<i>Epidemiología de la violencia filioparental</i>
174	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
175	<i>Factores de riesgo y protección</i>
175	Problemas asociados a la condición de inmigrantes y/o refugiados
175	<i>Características y definición del problema relacionado con la migración y el desplazamiento</i>
176	<i>Epidemiología de los problemas asociados a la condición de inmigrantes y/o refugiados</i>
177	<i>Impacto del problema en las esferas personal y social</i>
178	<i>Factores de riesgo y protección</i>
178	Referencias

En este apartado se engloban diversos problemas asociados a perfiles de familias desestructuradas, como son la desprotección y maltrato infantil, la violencia filioparental y otros problemas sociales (inmigrantes y refugiados). Como han constatado numerosos estudios, la mayoría de estos problemas guardan una relación directa o indirecta con los trastornos psicológicos que se describen en el resto de los apartados de este documento. Por poner un ejemplo esclarecedor, un estudio reciente de la Universidad de Birmingham, ha demostrado que los niños y niñas que han sufrido maltrato o desamparo infantil, son cuatro veces más propensos a desarrollar enfermedades mentales graves como psicosis, esquizofrenia y trastorno bipolar (Chandan et al., 2019). Por tanto, las actuaciones

de prevención y protección de niños, niñas y adolescentes frente a las situaciones de maltrato o violencia, especialmente en edades más tempranas, tendrán un impacto importante en la disminución de la incidencia de muchos de estos problemas de salud mental.

Desprotección y maltrato infantil

Características y definición del maltrato o desprotección infantil

El maltrato o desprotección infantil constituye un problema de gran magnitud en nuestra sociedad. Bajo el término genérico de maltrato infantil se engloban diversos tipos de situaciones, diferentes en su detección, etiología, tratamiento y prevención.

Todas ellas tienen, no obstante, varias características comunes. Constituyen la manifestación y el resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar psicológico de los padres/ tutores, y a su entorno presente y pasado. Afectan negativamente a la salud física y/o psíquica del niño/a y adolescente comprometiendo su adecuado desarrollo. Además, sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

En nuestro país diversos autores, De Paul y Madariaga (1987), Gracia y Musitu (1993) y Díaz Aguado et al. (1996), consideran como maltrato cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de padres o tutores que compromete la satisfacción de las necesidades físicas o emocionales del menor. De esta manera, se pueden diferenciar cuatro tipos básicos de maltrato infantil, en función de si la conducta maltratante es activa o pasiva y si el maltrato es físico o emocional: maltrato físico (incluye la privación deliberada de comida y agua, y el confinamiento o restricción física), abandono físico o negligencia, maltrato emocional (incluyendo la instrumentalización del menor por parte de las figuras parentales, la exposición a situaciones de violencia entre los padres, las amenazas de agresión física) y negligencia hacia las necesidades emocionales (interacción y afecto, estimulación, transmisión de normas y límite). La violencia sexual se suele considerar como una tipología más, debido a que se trata de un maltrato por acción en el que se combinan los componentes físicos y emocionales; aunque son los últimos los más importantes, por las acciones implicadas y por sus consecuencias (De Paúl, 1999).

Existen otras tipologías no encuadradas en las categorías anteriores como son: incapacidad parental de control de conducta del menor, maltrato prenatal, Síndrome de Munchausen por

Poderes (los padres someten a la niña o niño a repetidos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas patológicos ficticios o generados de manera activa por ellos mismos), corrupción, explotación laboral e inducción a la mendicidad (Molina & Martínez, 2016).

Epidemiología de la desprotección y maltrato infantil

Cuando hablamos de desprotección o maltrato infantil, se suele afirmar que solo se detecta entre el 10 y el 20% de los casos realmente existentes. Se ha estimado que la tasa de incidencia de maltrato infantil en España podría estar entre el 5 y el 15 por mil de los menores de 18 años. Sin embargo y como apunta Palacios (1995) conocemos solo una pequeña parte del maltrato realmente existente. El maltrato infantil ocurre generalmente en la intimidad del seno familiar y resulta prácticamente imposible realizar una cuantificación precisa.

Los últimos datos disponibles en España sobre notificación de situaciones de maltrato (*Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Datos 2019, 2020*), reflejan tasas de incidencia muy dispares que se mueven entre el 0,20 por mil de Castilla-La Mancha y el 15,6 por mil de Baleares, con una media para todo el territorio español de 2,3 por mil.

Diversos estudios de incidencia han intentado analizar la magnitud real del problema de maltrato infantil. Así la investigación realizada en Andalucía por Moreno (Moreno et al., 1995) y Guipúzcoa por De Paul (De Paul et al., 1995) con profesionales de centros educativos, servicios sociales, servicios sanitarios y archivos de los servicios de protección de menores, arrojan una incidencia de maltrato infantil en Andalucía del 15 por mil.

Un estudio más reciente realizado por el Centro Reina Sofía a nivel estatal y utilizando cuestionarios administrados a padres, psicopedagogos y res-

ponsables de guarderías y a los propios menores a partir de 8 años arroja la existencia de 4,25% de maltrato en la población infantil comprendida entre los 8 y los 17 años, mientras que en los menores de esa edad el 6,36% de los psicopedagogos (*Maltrato infantil en la familia en España*, 2011)

Impacto del problema en las esferas personal y social

La maduración y el funcionamiento del cerebro dependen de los cuidados físicos, emocionales y educativos recibidos en la infancia, y esto va a influir en todos los componentes de la personalidad y durante toda la vida. Diversos estudios han relacionado la permanencia de un vínculo de apego seguro en la primera infancia con una mayor capacidad de afrontamiento de sucesos adversos en la adultez (Holmes, 2009). Por el contrario, las experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences), provocarán en el menor una serie de situaciones de estrés tóxico sostenidas en el tiempo. Este tipo de activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés incidirán de forma rotunda en su desarrollo neurocerebral facilitando la aparición de problemas psicológicos diversos.

Numerosos estudios constatan la relación entre diferentes tipologías de maltrato y problemas psicológicos. Especialmente significativas son las consecuencias que el maltrato tienen en el desarrollo de funciones ejecutivas: memoria, autocontrol, flexibilidad cognitiva (Kavanaugh et al., 2016) En el estudio realizado por De Paul con una muestra de menores en edad escolar, los niños/as objeto de maltrato y abandono físico obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo comparación en el total de Problemas de Conducta (de Paul et al., 2015). En un estudio realizado únicamente con población que ha sufrido negligencia también pone de manifiesto una menor adaptación general en el aspecto psicológico, un menor o nulo rendi-

miento escolar, mayor distracción en el aula, más hiperactividad, altas cotas de impopularidad y en definitiva más conductas externalizadas (Ruiz Cerón & Gallardo Cruz, 2002) . Con población de menores que se encuentran en acogimiento familiar también se ha encontrado una mayor incidencia de dificultades en la función ejecutiva en la mayoría de las áreas, especialmente en la regulación de las conductas. (Carrera et al., 2019)

El estudio realizado por Sainero (2015) sobre la salud mental de niños y adolescentes en acogimiento residencial muestra una alta incidencia de trastornos, particularmente de tipo externalizante. En concreto uno de cada cuatro casos (25.4%) estaba recibiendo o había recibido recientemente (últimos dos años) tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por problemas de salud mental. Sin embargo, en los estudios realizados con menores en acogimiento residencial nos resulta difícil distinguir los problemas asociados al maltrato que provocó su ingreso en el centro de aquellos otros derivados de la misma institucionalización (Palacios & Sánchez Sandoval, 1996).

Muchos niños y jóvenes que han vivido situaciones de maltrato familiar, presentan un patrón de síntomas físicos y psicológicos (dificultades para la regulación de afectos, patrones de apego inestables, regresiones comportamentales, comportamientos agresivos hacia sí mismo y hacia los demás, problemas somáticos y un largo etcétera) que no quedan recogidos por los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (TEPT) del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y que Bessel Van der Kolk y su grupo definieron bajo el concepto de Trastorno por Trauma en el Desarrollo (Developmental Trauma Disorder) y propusieron para su inclusión como categoría diagnóstica específica (Van der Kolk et al., 2009). La importancia de esta nueva propuesta radicaría en el reconocimiento de una serie de manifestaciones sintoma-

tológicas derivadas de los efectos del maltrato en la infancia y adolescencia, que en muchas ocasiones están pasando desapercibidas, y que tradicionalmente han dado lugar a procesos de evaluación que concluyen en etiquetas diagnósticas parciales, con la puesta en práctica de tratamientos puntuales y resultados terapéuticos cuestionables. (Baca García et al., 2015).

Conocidas las secuelas que el maltrato produce en los niños, podríamos pensar que todos los niños y niñas que sufren situaciones de maltrato tienen problemas psicológicos, con lo que tendríamos resuelta nuestra pregunta principal. Sin embargo, no todos los niños maltratados desarrollan problemas. Hay niños que aun habiendo sufrido abuso muestran estilos de apego seguro o son aceptados/as por sus compañeros (Cerezo, 1995). Últimamente se utiliza el término resiliente para referirse a los niños que no manifiestan síntomas y presen-

tan un funcionamiento adaptativo a pesar del maltrato. Nuevamente nos encontramos con cifras dispares sobre el porcentaje de niños resilientes: entre el 0 y 20% en el maltrato físico y la negligencia y entre el 21 y el 49% en el abuso sexual. Lógicamente partimos de importantes diferencias conceptuales sobre lo que se considera resiliencia. Probablemente en la medida que se incluyan más áreas de funcionamiento a evaluar y el periodo de tiempo sea mayor, el porcentaje de niños resilientes se reducirá (Arruabarrena Madariaga, 2010).

Factores de riesgo y protección

Utilizando el modelo ecológico sistémico de Bronfenbrenner, se propone un marco de referencia a la hora de hablar del maltrato y sus causas, en el cual se distingue en función de los diferentes niveles los principales factores de riesgo o protección de sufrir maltrato infantil (Belsky, 1980).

Tabla 11.1

Principales factores de riesgo y de protección en maltrato infantil

SISTEMA	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
ONTOGENÉTICO	<i>Niños:</i> prematuros, enfermedades, discapacidades, de carácter difícil, no deseados... <i>Padres:</i> enfermedades, toxicomanías, delincuencia, muy jóvenes, historias previas de maltrato, problemas psicológicos, falta de conocimiento de necesidades infantiles...	<i>Niños:</i> sanos, deseados, tranquilos... <i>Padres:</i> historia positiva de relación y cuidados, capacidad de aprendizaje de habilidades.
MICROSISTEMAS	<i>Padre-Madre:</i> problemas de pareja, rupturas, incoherencia educativa <i>Padres-Hijo:</i> estilo de apego, expectativas inadecuadas, pautas educativas rígidas, incoherentes o inexistentes, falta de supervisión, falta de afecto. <i>Estructura Familiar:</i> elevado número de hijos, monoparentalidad, roles invertidos, ausencia de límites entre sistemas.	<i>Padre-Madre:</i> ajuste y apoyo mutuo pareja, ayuda en la atención al niño, nivel educativo materno, estilo reflexivo, apoyo hermanos, vínculos positivos con al menos un cuidador estable, ambiente familiar estructurado...
EXOSISTEMA	<i>Trabajo:</i> desempleo, insatisfacción, conflictos <i>Vecindad:</i> aislamiento, falta de apoyo, rechazo social, vecindario peligroso <i>Nivel socioeconómico:</i> ingresos insuficientes, estrés económico, pobreza <i>Movilidad:</i> falta de raíces y relaciones estables	Buena comunidad con buenos Servicios. Vecindarios organizados con redes sociales de apoyo y con identidad como comunidad Confortable calidad de vida Fuentes de apoyo
MACROSISTEMA	Crisis económica y de bienestar social. Privatización de la infancia. Ambiente social tóxico Niños/as menos protegidos Tensiones familiares Ideas machistas Relativismo social Marginalidad y pobreza	Prosperidad económica Cultura opuesta a la violencia e intolerante con el maltrato Modelos sociales de igualdad de género Valores bien definidos en defensa de la infancia

Tradicionalmente se acuñó el término “trío tóxico” para describir el riesgo de abuso y negligencia derivado de una combinación de violencia doméstica, problemas de salud mental o discapacidad de los padres y abuso de alcohol y drogas. Sin embargo, los resultados de una revisión sistemática reciente si bien constatan la influencia de cada uno de dichos factores por separado, no aporta evidencia relevante con relación a los factores del “trío tóxico” en combinación (Skinner et al., 2021)

Una revisión de estudios sobre factores de riesgo asociados a la negligencia analiza un total de 315 efectos de los cuales se pueden extraer 36 estudios primarios que se clasificarían en 24 dominios de riesgo los cuales impactan en mayor o menor magnitud en la aparición de negligencia. Así entre los factores de mayor impacto, es decir que explican un mayor tamaño del efecto, tendríamos aquellos factores relacionados con los padres, como la historia de conducta antisocial o delictiva, historia de enfermedad mental o problemas psiquiátricos, tener problemas psicológicos y experiencias de abusos en la infancia (Mulder et al., 2018).

El controvertido tema de la historia de maltrato en los padres como factor de riesgo o la transmisión intergeneracional del maltrato, suele ser una variable a la que se asigna un mayor peso explicativo en la aparición de maltrato, sobre todo cuando hablamos de maltrato físico. Desde distintos modelos teóricos que van desde los modelos psicodinámicos, pasando por la teoría del apego de Bowlby que aplica el constructo de modelo interno de funcionamiento, hasta los modelos teóricos de aprendizaje social han apoyado la hipótesis de dicha transmisión intergeneracional. Muchos estudios han encontrado un porcentaje mayor de historias de maltrato en niños maltratados, sin embargo, la gran mayoría de estas investigaciones

adolecen de graves sesgos metodológicos (De Paul Ochotorena & Arruabarrena Madariaga, 2001). El hecho de que una gran mayoría de padres maltratantes fueron maltratados en su infancia parece indicar una relación muy estrecha entre ambas variables, sin embargo, no se suelen estudiar aquellas personas que fueron maltratadas y ahora no maltratan a sus propios hijos. El carácter retrospectivo de la mayoría de los estudios tiende en ocasiones a sobreestimar las tasas de transmisión intergeneracional. Estudios longitudinales en los que podríamos encontrar datos más clarificadores (Gómez Pérez & De Paúl, 2003) señalan con cierta claridad que una experiencia de maltrato en la infancia constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un comportamiento maltratante como adulto, sin embargo, en otros casos, la historia de maltrato infantil de los sujetos no parece incrementar en los sujetos este riesgo. De Paul y Arruabarrena proponen que en la medida que este factor se encuentra asociado a la existencia de otros factores de riesgo (ausencia de apoyo social, estilo de apego inseguro, etc.) estaríamos hablando más de un marcador o potenciador que de un factor estrictamente causal (De Paul Ochotorena & Arruabarrena Madariaga, 2001) .

Violencia filio-parental

Caracterización y definición de la violencia filio-parental

La violencia filio-parental incluye las conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar (Pereira & Bertino, 2009). Se excluyen los casos aislados, la relacionada con el consumo de tóxicos, la psicopatología grave, la deficiencia mental y el parricidio.

Epidemiología de la violencia filioparental

Cottrell y Monk recogen varios estudios sobre la extensión de este fenómeno y sus características. Según estos estudios, parece que entre el 9% y el 14% de los progenitores han sufrido en alguna ocasión episodios de agresión física por parte de sus hijos adolescentes (Cottrell & Monk, 2004). Otros estudios canadienses, norteamericanos o franceses (Ibabe et al., 2007) sitúa los datos entre el 0,6% de Francia, el 10% de Canadá o entre el 7 y 18% de los EEUU. Como vemos cifras tremendamente dispares que nos hacen pensar en grandes diferencias metodológicas y probablemente también culturales.

En España, según datos de la Fiscalía de Menores el número de procedimientos incoados por violencia doméstica hacia ascendientes y hermanos descendió en el año 2017. En los últimos cinco años nos movemos en cifras muy similares, siempre en torno a las 4.500 causas. Dentro de las diligencias abiertas en la Fiscalía de Menores esto supone un 6,3% del total de delitos investigados (Estado, 2018). Teniendo en cuenta que la edad penal se sitúa en España en los 14 años y que la población de adolescentes entre 14 y 18 años es según el INE de 2.253.314, la incidencia de este tipo de delitos estaría en el 0,2% de la población de menores en ese tramo de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Impacto del problema en las esferas personal y social

En cuanto a la incidencia de problemas psicológicos relacionados con este tipo de violencia, la revisión de la literatura (Ibabe et al., 2007) diferencia aquellos trastornos clínicos relacionados con los menores infractores en general de aquellos más directamente relacionados con la violencia filioparental. Así, en el primer grupo podemos encontrar principalmente hiperactividad y tras-

tornos de atención, así como trastornos afectivos con una tasa entre 13 y 31% que se puede manifestar como ira. Por el contrario, los trastornos psicóticos aparecen muy infrecuentemente. Ya referido en concreto a los trastornos clínicos relacionados con la violencia filioparental, nuevamente abundan los trastornos del comportamiento, los trastornos adaptativos y de aprendizaje, pero rara vez enfermedades mentales. En general y como apuntan estos mismos autores, no puede decirse que la conducta de maltrato hacia los ascendientes esté motivada por problemas mentales de los menores. Los cuadros clínicos más destacables tienen que ver con trastornos de inicio en la infancia, del estado de ánimo, de ansiedad o del control de los impulsos. No parece, a primera vista por lo menos, que en la violencia filioparental encontremos notables diferencias con los hallazgos para otro tipo de violencias familiares. Estos datos parecen incidir en la idea de considerar la violencia filioparental como una violencia de tipo bidireccional y muy relacionada con algunas tipologías de desprotección infantil. En la muestra estudiada por Ibabe, Jaureguizar y Díaz, encuentran que la mayoría de los menores no se encuentran diagnosticados (tan solo el 33%) y de estos el diagnóstico mayoritario es el de trastorno por déficit de atención (74%) (Ibabe et al., 2007). En cuanto al perfil psicológico, encuentra que la mayoría presenta dificultades de aprendizaje, bajos niveles de autonomía y de autoestima y altos niveles de agresividad. En un estudio realizado en Cataluña encuentran un 24% de jóvenes con problemas tendentes a la externalización, un 10% con tendencia a la internalización (tristeza, apatía, aislamiento), tan solo un 9,5% de los chicos y chicas presentan un diagnóstico de salud mental y un 3,4% presenta déficits cognitivos (Romero et al., 2005).

Factores de riesgo y protección

El maltrato doméstico (tanto infantil como de género) se ve afectado por la interacción recíproca entre cuatro grandes niveles primarios de influencia: macrosistema (valores culturales y creencias que influyen y/o legitiman la violencia), ecosistema (estructuras sociales que influyen en el funcionamiento individual y personal, creando un contexto que potencia la violencia), microsistema (dinámicas familiares que contribuyen al desarrollo de conductas violentas) y factores ontogénicos (factores propios del joven, como la historia de abusos, el modelado de conductas violentas, estilos de apego problemáticos...) (Cottrell & Monk, 2004).

Entre estas variables, la que más importancia adquiere en el desarrollo de conductas violentas contra las personas sería el hecho de haber sido víctima de malos tratos en la infancia y/o haber sufrido de manera reiterada la exposición directa a conductas de violencia marital. Aunque el impacto de la exposición a la violencia familiar en la conducta agresiva y delincuente en general ha sido objeto de numerosos estudios, su relación con la violencia filio-parental apenas ha sido abordada hasta hace poco tiempo, probablemente como reflejo de la escasez general de investigación sobre este fenómeno. No obstante, a nivel internacional, unos pocos estudios sugieren que la exposición a la violencia familiar (Brezina, 1999) y el maltrato de los padres hacia los hijos (Kennedy et al., 2010) pueden ser importantes factores de riesgo para la violencia filio-parental. En nuestro país, dos estudios diferentes también contribuyeron a mostrar esta asociación: así Ibabe y col. (2007) y Calvete y Orue (2011) concluyeron que los jóvenes que ejercía violencia filio-parental habían sido expuestos a la violencia familiar en muchas ocasiones. Tanto la exposición a la violencia entre padres como las agresiones de padres a hijos (físicas o psicológicas)

se asocian con las conductas agresivas contra los padres (Gámez Guadix & Calvete, 2012). Estos estudios avalan la bidireccionalidad de la violencia filio-parental: sufrir violencia por parte de sus padres en la primera infancia se constituye como un factor de riesgo de primer orden para que estos niños abusen a su vez de sus padres en la adolescencia.

Por tanto, existe una clara relación entre la adversidad y desprotección intrafamiliar y el desarrollo posterior de conductas de violencia filio-parental por parte de estos menores. Es por ello, que los mismos factores de riesgo y protección para la desprotección familiar influirán necesariamente en la aparición y el mantenimiento de conductas violentas de los hijos hacia sus padres.

Problemas asociados a la condición de inmigrantes y/o refugiados

Características y definición del problema relacionado con la migración y el desplazamiento

Según la Organización Mundial de la Salud la migración y el desplazamiento se considera actualmente un determinante social que afecta a la salud de refugiados e inmigrantes (OMS, 2018). Los términos refugiados e inmigrantes se refieren a personas que por distintos motivos se ven obligados a abandonar sus países, pero que sin embargo reciben un marco legal diferente por parte de los distintos gobiernos de los países de acogida.

Una persona migrante se define como cualquier persona que se está moviendo o se ha movido a través de una frontera internacional o dentro de un Estado, de su lugar habitual de residencia, sin importar su estatus legal, sea el movimiento voluntario o involuntario, cualquiera que sea la

causa o la duración de su estancia (International Organization for Migration, 2018). En cambio, para considerarse refugiado debe cumplir los criterios de los organismos internacionales o regionales bajo el mandato de ACNUR y/o la legislación nacional. En España, la Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, establece que *“la condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él...”*.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes, además de la condición de inmigrante o refugiado, podemos encontrarnos con la condición de no acompañado, es decir, niños, niñas o adolescentes que viajan sin la compañía de un adulto de referencia. En la Unión Europea se consideran menores extranjeros no acompañados aquellos *“nacionales de terceros países o apátridas menores de dieciocho años que lleguen al territorio de los Estados Miembros sin ir acompañados de un adulto responsable de los mismos, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, en tanto en cuanto no estén efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable de ellos, o los menores que queden sin compañía después de su llegada al territorio de los Estados Miembros”*¹.

Epidemiología de los problemas asociados a la condición de inmigrantes y/o refugiados

Actualmente se estima que el número de menores de edad que emigran de un país a otro distinto del de nacimiento se ha incrementado de los 28.7 millones en 1990 a los 36 millones en el año 2017, lo que supone un 13.9% del total de población migrante (International Organization for Migration, 2019).

En los últimos años, se ha incrementado de forma significativa el número de menores migrantes no acompañados. Entre los años 2015-2016 hubo cinco veces más niños migrantes solos que en el periodo 2010-2011. El número de menores no acompañados que solicitaron asilo en la Unión Europea se incrementó de 4.000 en 2010 a 19.000 en 2015 (Unicef, 2017). Según datos de Eurostat (2019), en el año 2015 se produce un incremento muy significativo en el número de menores no acompañados llegados a Europa, un total de 95.208, probablemente motivado por el incremento de solicitantes de asilo procedentes de zonas en conflicto. Según estimaciones de UNICEF (2017), el 90% de los niños, niñas y adolescentes que cruzaron el mediterráneo eran menores extranjeros no acompañados.

En España según datos del INE durante el año 2017 llegaron a nuestro país 532.132 inmigrantes procedentes del extranjero (Instituto Nacional de Estadística, 2019). En lo que se refiere a los menores no acompañados y según el informe de UNICEF de infancia migrante el pasado año 2018 llegaron 6.063 niños y niñas no acompañados, cifra comparativamente también muy superior a la del año 2017 en que llegaron 2.345 menores no acompañados (Unicef, 2019).

¹ Art.2 de la Directiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011. DO L 337 de 20.12.2011

Impacto del problema en las esferas personal y social

Aunque todas las experiencias adversas relacionadas con la migración y el desplazamiento pueden ser complejas y aparentemente muy estresantes, la prevalencia de problemas mentales en esta población es muy variable entre las distintas investigaciones y grupos estudiados. Mientras algunos refugiados e inmigrantes puede que hayan experimentado factores de riesgo antes de llegar al país de acogida, hay una carga psicológica adicional relacionada con la preocupación por su familia tanto si la dejaron atrás como si se han asentado en un nuevo país, problemas relacionados con la integración social y actitudes culturales o desempleo. Sin embargo, a pesar de ello no todos los estudios muestran una mayor prevalencia de problemas psicológicos en la población inmigrante.

Las revisiones recientes de la bibliografía llegan a la conclusión de que la emigración per se no produciría un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio, por lo que los refugiados presentarían más enfermedades que los inmigrantes como tales. También parece demostrado que la salud mental de los migrantes se correlaciona inversamente con la densidad étnica de su grupo en la vecindad. Es decir, cuánto más numeroso sea su grupo en esa zona, mejor salud mental va a presentar y viceversa. La razón es que, a menor número de inmigrantes, éstos van a sufrir mayor discriminación y aislamiento, y carecerán de suficiente soporte social (García Campayo & Sanz, 2016). En la misma línea, la revisión bibliográfica realizada por Jansà y García de Olalla, la inmigración no produciría por sí misma un incremento del riesgo de presentar enfermedades mentales, sino que éstas se vincularían

sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio (Jansà & García de Olalla, 2004).

Entre los problemas de salud mental más señalados se muestra por ejemplo un amplio rango de prevalencia de depresión que se mueve entre el 5 y el 44% en refugiados e inmigrantes comparados con población general (8-12%) La prevalencia de trastornos de ansiedad en la población de refugiados también varía del 20,3 al 88%. Esta población presenta un rango de prevalencia del PTSD del 9 al 36% en diferentes estudios comparados con el 1-2% de la población general de los países de destino. En cambio, cuando se estudia la prevalencia en abuso de alcohol u otras sustancias encontramos índices muy bajos de prevalencia, incluso por debajo de los datos de la población de los países de destino. Por último y en cuanto a los desórdenes psicóticos, solo han sido estudiados en población clínica siendo por tanto imposible aportar datos de prevalencia (OMS, 2018).

La condición de menor no acompañado incrementa particularmente el riesgo de padecer problemas mentales, probablemente relacionado con el incremento de riesgo de eventos vitales traumáticos. Los menores no acompañados muestran mayores índices de depresión y síntomas de PTSD comparados con otros migrantes o menores que iban acompañados por un adulto durante la migración. Las razones por la cual los niños y adolescentes viajan solos son muy variadas: algunos son enviados por sus familiares para preparar el camino para otros miembros de la familia, otros fueron separados en el proceso migratorio, otros huyeron ante la posibilidad de convertirse en niños soldados, otros son huérfanos o niños de la calle. Es muy importante tener en cuenta todas estas circunstancias en torno a la separación para comprender los efectos de la migración en el caso de los niños (Derluyn & Broekaert, 2008).

Factores de riesgo y protección

En cuanto a los factores de riesgo o protección que pueden incrementar o atenuar la aparición de los problemas psicológicos relacionados con la migración, podemos nuevamente hacer referencia a las cuestiones indicadas en el apartado referido a los factores de riesgo y protección en niños, niñas y adolescentes que han sufrido situaciones de maltrato, negligencia o abusos.

Como señala el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), y desde una perspectiva ecológica, podemos destacar factores específicos para esta población. A nivel ontogénico o individual, factores que tienen que ver con el estrés derivado de las situaciones traumáticas vividas en la travesía hasta llegar al país de destino. A mayor número e intensidad de dichas situaciones traumáticas, nos encontramos con un mayor riesgo de padecer problemas psicológicos. En un segundo nivel se señalan los factores relacionados con el apoyo social, es decir la red de apoyo familiar o informal como elemento de protección. Así aquellos niños, niñas o adolescentes que viajan solos, no acompañados por adultos de referencia, tendrían un mayor riesgo de aparición de problemas psicológicos. En tercer lugar, factores del exosistema que incluyen las condiciones socioeconómicas del lugar de acogida, su situación legal, la posibilidad de integración en el entorno (escuelas, ocio y tiempo libre, sistema de salud, etc.)

Nos atrevemos también a señalar desde aquí, la importancia de los factores macrosistémicos cómo determinantes en el ajuste psicológico de esta población. En este caso nos referimos a la consideración social de la inmigración en su conjunto como un valor positivo para la sociedad de acogida o bien con un elemento de distorsión que es valorado negativamente por esa sociedad o por determinados grupos sociales de la misma.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arruabarrena Madariaga, M. I. (2010). *Gravedad de las situaciones de desprotección infantil: criterios para su evaluación* Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea].
- Baca García, M. A., Belda Grinley, C., & Morell Parera, J. M. (2015). Los niños y adolescentes con trauma en el desarrollo. In M. R. Muñoz, J. M. M. Parera, & J. Fresneda (Eds.), *Manual de Promoción de la Resiliencia Infantil y Adolescente* (pp. 167-204). Pirámide.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American psychologist*, 35(4), 320.
- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Datos 2019*. (2020). Centro de Publicaciones Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Brezina, T. (1999). Teenage violence toward parents as an adaptation to family strain: Evidence from a national survey of male adolescents. *Youth & Society*, 30(4), 416-444.
- Calvete, E., & Orue, I. (2011). The impact of violence exposure on aggressive behavior through social information processing in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 38.
- Carrera, P., Jiménez-Morago, J. M., Román, M., & León, E. (2019). Caregiver ratings of executive functions among foster children in middle childhood: Associations with early adversity and school adjustment. *Children and Youth Services Review*, 106.
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 135-157.
- Chandan, J. S., Thomas, T., Gokhale, K. M., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., & Nirantharakumar, K. (2019). The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: a population-based retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 11(6), 877-966.
- Cottrell, B., & Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- de Paul, J., Arruabarrena, I., & Indias, S. (2015). Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa (España). *Psychosocial Intervention*, 24(2), 105-120.
- De Paul, J., & Madariaga, M. I. A. (1987). El maltrato infantil: criterios para su definición y conceptualización. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*(4), 3.

- De Paul, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse Negl*, 19(8), 907-920.
- De Paul Ochotorena, J., & Arruabarrena Madariaga, M. I. (2001). *Explicaciones etiológicas de diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil*. Masson.
- De Paúl, J. (1999). El maltrato psicológico infantil. *Escritos de Psicología*, 3, 29-37.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 319-330.
- Díaz Aguado, M. J., Paz Segura, M., & Royo García, P. (1996). *El desarrollo socioemocional de los niños maltratados*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Estado, F. G. d. (2018). Memoria de la Fiscalía General del Estado. Recuperado de <https://www.fiscal.es/documentaci%C3%B3n>
- Eurostat. (2019). Asylum and Managed Migration. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/asylum-and-managed-migration/data/database>
- García Campayo, J., & Sanz, C. (2016). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 5(118), 187-191.
- Gracia, E., & Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil: un análisis ecológico de los factores de riesgo*. España. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Gámez Guadix, M., & Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*.
- Gómez Pérez, E., & De Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema*, 15(3), 452-457.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Desclée de Brouwer.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J., & Díaz, O. (2007). Violencia filio-parental: Conductas violentas hacia sus padres. In: Vitoria.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Demografía y población* https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- International Organization for Migration. (2018). *World Migration Report*. <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>
- International Organization for Migration. (2019). *Migration data report*. https://migrationdataportal.org/?i=stock_refug_abs_&t=2017
- Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 207-213.
- Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2016). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*(6), 64-78.
- Kennedy, T. D., Edmonds, W. A., Dann, K. T., & Burnett, K. F. (2010). The clinical and adaptive features of young offenders with histories of child-parent violence. *Journal of Family Violence*, 25(5), 509-520.
- Maltrato infantil en la familia en España*. (2011). Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.
- Molina, A., & Martínez, C. (2016). Valórame, Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía. In: J. de AC de I. y PSDG de I. y Familias, Ed.) (2 o edición). Granada: Junta de ...
- Moreno, M. C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J., & Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 33-47.
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*, 77, 198-210.
- OMS. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health* (9289053844).
- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 69-75.
- Palacios, J., & Sánchez Sandoval, Y. (1996). Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*(71), 63-86.
- Pereira, R., & Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia familiar. *Redes*(21), 69-90.
- Romero, F., Melero, A., Canovas, C., & Antonlin, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*.
- Ruiz Cerón, I., & Gallardo Cruz, J. A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 18(2), 261-272.
- Sainero, A., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 472-480.
- Skinner, G. C. M., Bywaters, P. W. B., Bilson, A., Duchinsky, R., Clements, K., & Hutchinson, D. (2021). The 'toxic trio' (domestic violence, substance misuse and mental ill-health): How good is the evidence base? *Children and Youth Services Review*, 120.
- Unicef. (2017). *Resumen ejecutivo. Ante todo son niños: proteger a los niños y niñas en tránsito contra la violencia, abuso y la explotación*. https://migrationdataportal.org/?i=stock_refug_abs_&t=2017

Unicef. (2019). *Los derechos de los niños y niñas migrantes no acompañados en la frontera sur*.

Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., & Spi-

nazzola, J. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. *Unpublished manuscript*. Verfügbar unter: http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf(Zugriff: 20.5. 2011).

Problemas de relaciones sociales en la infancia y la adolescencia

Susana Villamarín Fernández

Consejo General de la Psicología

INDICE	181 <i>Caracterización y definición de los problemas de relaciones sociales infanto-juveniles</i>
	183 <i>Epidemiología de los problemas de relación social en la infancia y la adolescencia</i>
	188 <i>Impacto personal y social de los problemas de relaciones sociales en niños/as y adolescentes</i>
	189 <i>Factores de riesgo y protección en los problemas de relaciones sociales</i>
	191 <i>Referencias</i>

Caracterización y definición de los problemas de relaciones sociales infanto-juveniles

El comportamiento interpersonal de los/as niños/as y adolescentes y la reciprocidad de las relaciones sociales desempeñan un papel clave en la adquisición de refuerzos sociales, culturales y económicos y resultan esenciales para el desarrollo social, emocional e intelectual de los y las menores (Aranda Redruello, 2007; Jiménez & Muñoz, 2011; Trianes Torres et al., 2012).

De acuerdo con Morales y Gaviria (2021) la cantidad de relaciones sociales disponibles para una persona y su frecuencia de interacción con personas diferentes determinan objetivamente su integración social. Sin embargo, para que los niños puedan relacionarse de forma eficaz con los demás -y, por tanto, integrarse socialmente- es fundamental que adquieran una serie de habilidades sociales (Salazar, 2018), esto es, un conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que nos permiten relacionarnos con los demás de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión, ansiedad u otras emociones negativas

(Dongil Collado & Cano Vindel, 2014). Estas habilidades sociales constituyen un elemento básico para establecer y mantener las relaciones interpersonales (Caballo et al., 2006), incidiendo en la autoestima, en la adopción de roles y en la autorregulación del comportamiento, entre otros (Lacunza & de González, 2011), y son fundamentales en el desarrollo infantil y en el posterior funcionamiento psicológico, académico y social (Monjas, 2000b).

A pesar de esta definición, cabe señalar que las habilidades sociales no tienen definición única debido a su naturaleza pluriconceptual, encontrándose en la literatura diversas acepciones (Contini & Coronel, 2020).

En este sentido, a lo largo de los años han ido surgiendo distintas definiciones: mientras que para unos autores la habilidad social es una capacidad para interactuar con los demás en un contexto determinado (por ej., Ladd y Mize (1983)(p. 127), que entienden la habilidad social como “*una habilidad para organizar los conocimientos y las conductas dentro de una línea de conducta integrada dirigida hacia objetivos sociales o interpersonales culturalmente aceptables*”), para otros la habilidad se identifica con la propia conducta o conductas

aprendidas (por ej., Gresham y Elliot (1990)(p. 1), para quienes «*las habilidades sociales son conductas aprendidas, socialmente aceptables, que le permiten a una persona interactuar de una forma eficaz con los otros y evitar las respuestas socialmente inaceptables*») (García et al., 1993; Tortosa Jiménez, 2018).

Actualmente, al definir las habilidades sociales, se consideran tanto “el contenido” de la conducta, como “las consecuencias” de la misma. Las acepciones que resaltan el contenido hacen mención a la expresión de opiniones, sentimientos, derechos, deseos, elogios, etc.; y, a su vez, aquellas que se centran más en las consecuencias, se refieren al logro de relaciones efectivas, obtención de refuerzo social y de beneficios, la evitación de problemas, etc.; empero, el hecho de que los investigadores se centren en uno u otro aspecto es un factor que ha contribuido a dificultar su definición (Losada, 2018).

Asimismo, un concepto estrechamente relacionado con el de habilidad social lo constituye el de competencia social, sobre cuya relación se mantienen también posturas bastante diferenciadas: algunos autores consideran ambos términos equivalentes, y otros creen que la competencia social es un constructo construido por la conducta adaptativa y las habilidades sociales (García et al., 1993; Little et al., 2017).

Tal y como afirma Caballo (2007), la falta de una definición aceptada universalmente y de un modelo que guíe las habilidades sociales, junto con una amplia diversidad de dimensiones que no acaban de establecerse y componentes seleccionados de forma intuitiva por los investigadores, son problemas que, a día de hoy, siguen sin resolverse.

No obstante, a pesar de que las definiciones de las habilidades sociales pueden variar, existe un acuerdo general sobre cómo se desarrollan estas habilidades. Específicamente, las habilidades sociales comprenden conductas aprendidas específi-

cas, así como conductas de iniciación y de respuesta, e implican interacciones con otros (Little et al., 2017).

La literatura explica los problemas de relaciones sociales en base a un “modelo de déficit de habilidad o déficit en el repertorio conductual”, en el que existiría una falta de habilidades sociales por la que el niño no se relaciona con los demás, al no haber aprendido las conductas y habilidades necesarias. Asimismo, la incompetencia social puede explicarse mediante un “modelo de déficit de ejecución”, por el cual el niño tiene determinadas habilidades adquiridas, pero no hace uso de ellas porque hay una serie de factores emocionales, cognitivos y/o motores que interfieren, tales como pensamientos depresivos, ansiedad, miedo, conducta agresiva, bajas expectativas de autoeficacia, autoafirmaciones negativas, creencias irracionales, expectativas negativas, indefensión, pensamientos de auto-derrota y frustración, escasas habilidades de solución de problemas o dificultad para ponerse en el lugar de la otra persona, entre otros (Gresham, 1988; Lorenzo & Bueno, 2011; Monjas, 2000a).

Según señalan Little et al., (2017), en la práctica, las habilidades sociales suelen definirse en función de la medida utilizada para evaluar el constructo, existiendo para tal fin una serie de medidas normativas que se centran principalmente en las habilidades sociales o cuentan con una dimensión específica de ellas. Estas son escalas como la SSIS [Social Skills Improvement System Rating Scales] (Gresham et al., 2008) -probablemente la medida de referencia normativa más completa para detectar y clasificar a los y las menores con sospecha de déficits importantes en las habilidades sociales-, medidas de comportamiento adaptativo (p. ej., Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Sparrow et al., 2016)), escalas de calificación de la conducta (p. ej., Behavior Assessment System for

Children, Third Edition; BASC-3; (Reynolds et al., 2015)), el Sistema de Achenbach de evaluación empírica (Achenbach system of empirically based assessment (Achenbach et al., 2004)) y escalas de autismo (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition; CARS-2 (Schopler et al., 2010); Gilliam Autism Rating Scale-GARS-3 (Gilliam, 2014)). Además, las clasificaciones sociométricas, como las nominaciones por pares, también se utilizan con frecuencia.

Las habilidades sociales pueden ser vistas tanto como causa como consecuencia de otros problemas psicológicos o comportamentales. En este sentido, las dificultades en habilidades sociales se consideran factores de riesgo, en la medida en que están asociadas a comportamientos considerados desadaptativos, tales como trastornos psicológicos de la niñez y otros problemas en la adolescencia (Amaral et al., 2015), y constituyen también uno de los factores de protección más estudiados y utilizados en salud mental infanto-juvenil, constatándose su eficacia para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia (Díaz-Sibaja et al., 2007). Según explica Garaigordóbil (2006) mientras que la falta de habilidades sociales puede generar síntomas psicopatológicos, aquellos/as menores que tienen síntomas psicopatológicos presentan bajas habilidades sociales y bajo comportamiento cooperativo, así como elevadas puntuaciones en asertividad inapropiada, impulsividad, y bajos niveles de estabilidad emocional, sociabilidad y responsabilidad.

Como veremos en el apartado siguiente, las habilidades sociales contribuyen en gran medida a los criterios de diagnóstico de varios trastornos, como el trastorno de la comunicación social (pragmático), el trastorno del espectro del autismo, la discapacidad intelectual, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o el trastorno de ansiedad, entre otros.

Epidemiología de los problemas de relación social en la infancia y la adolescencia

El interés por el problema de las relaciones sociales ha sido expuesto en el último estudio de Salud y Bienestar en la Infancia, publicado por el Instituto DKV de la Vida Saludable, cuyas conclusiones ponen de relieve que las dificultades en las relaciones sociales de los niños y adolescentes son uno de los problemas que más inquietan a las madres y los padres españoles, después del aprendizaje, la autoestima y las emociones (Instituto DKV de la Vida Saludable, 2019).

En la actualidad, no existen estudios epidemiológicos fiables sobre problemas de relaciones sociales en la infancia y, debido a la confusión conceptual existente en el campo, *“los datos disponibles son resultado de solapamiento con otros cuadros”* (Monjas, 2000a).

Estudios anteriores estiman que, entre un 5% y un 25% de niños y niñas, experimentan dificultades en las relaciones interpersonales y presentan déficits en sus relaciones sociales (Monjas, 2000b; Newcomb et al., 1993).

Datos del Estudio estatal 2010 sobre la Convivencia Escolar en la Educación Secundaria Obligatoria, indican que la mayoría del alumnado español manifiesta sentirse bastante o muy satisfecho con la convivencia y las relaciones sociales que establece en la escuela. En general, los alumnos y las alumnas cuentan con bastantes vínculos de amistad en el centro educativo, siendo muy pocos (el 1,2%) quienes afirman no tener ningún amigo, con un porcentaje muy elevado (el 82%) entre aquellos/as que manifiestan contar con cuatro amigos o más. De igual modo, los resultados sobre el nivel de integración escolar indican que entre el 83% y el 87,7% se siente integrado, hace amistades con facilidad y cae bien (Díaz-Aguado et al., 2010).

Cifras similares ofrece el Ministerio de Educación y Formación Profesional en un informe publicado en 2019, donde muestra cómo el 87% de los y las estudiantes en España afirma contar con habilidades sociales y sentirse integrados en sus centros educativos, en comparación con el 71% de la OCDE (MEFP, 2019).

Resulta indiscutible que las relaciones sociales son esenciales para todos los y las menores. Así lo afirma también un estudio reciente de UNICEF (2020b) basado en datos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Unión Europea, y que proporciona datos muy parecidos a los que se han venido observando: en lo que respecta a la autoconfianza para entablar relaciones interpersonales, la mayoría de los niños y las niñas europeos/as coinciden en que les resulta sencillo hacer amigos/as. Concretamente en España, el 81% de los niños y las niñas de 15 años considera que desarrolla amistades con bastante facilidad. Sin embargo, debemos tener en cuenta ese 19% restante, población que constituye el objeto de interés en este capítulo y cuyas problemáticas relacionadas con las relaciones sociales abordamos en detalle a lo largo de estas páginas.

No obstante, es fundamental tener en cuenta los problemas de relación social no solo en el contexto del rango normal de comportamiento (al que hace referencia ese 19% de menores), sino también en el rango de significación clínica, dado que los problemas en las relaciones sociales forman parte de diversos trastornos infantiles y, a su vez, contribuyen en gran medida a muchos de ellos (Little et al., 2017). A continuación, resumimos algunos ejemplos:

Trastornos del espectro del autismo (TEA)

Los déficits de habilidades sociales son una característica central de los trastornos del espectro del autismo (Little et al., 2017; Weiss & Harris,

2001). Estos déficits son una fuente importante de deterioro, independientemente de la capacidad cognitiva o del lenguaje de las personas con TEA y no remiten con el desarrollo, incrementándose paulatinamente la angustia a medida que el niño crece y es más consciente de su “discapacidad social”. De hecho, los y las jóvenes con trastornos del espectro del autismo afirman que cuentan con un escaso apoyo social y manifiestan su deseo de una mayor interacción social con sus compañeros/as, dadas las enormes dificultades que enfrentan cuando tratan de interactuar con ellos/as (Harper et al., 2008; White et al., 2007).

En los últimos años, han ido surgiendo estudios para explicar los problemas de relación social en los trastornos del espectro del autismo. Algunas investigaciones apuntan a las dificultades de estos/as niños/as para inferir los estados mentales de otros («teoría de la mente»), como el factor responsable de la reducción de las habilidades sociales observadas en los TEA (Livingston et al., 2019); otros señalan a la discapacidad intelectual como la variable más importante que influye en la socialización de los niños y las niñas con TEA, presentando más dificultades de participación social y problemas para interactuar socialmente con éxito, no tomando en consideración los pensamientos y sentimientos de los demás durante las interacciones (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Por su parte, Kanai y col. (2017) consideran que el mecanismo neuronal que subyace al desarrollo atípico de las habilidades motoras (habilidad motora básica, dispraxia, imitación, etc.) en niños con TEA podría estar directamente implicado en el desarrollo atípico de habilidades sociales y comunicativas.

Discapacidad intelectual

Los niños con discapacidad intelectual presentan con frecuencia importantes déficits de habilidades sociales y una alta prevalencia de comportamien-

tos sociales problemáticos. La naturaleza y gravedad de sus déficits o excesos de habilidades sociales varían en relación con la gravedad y etiología de la discapacidad intelectual, las oportunidades de aprendizaje y la eficacia de los esfuerzos de intervención (Sigafos et al., 2017).

Trastorno específico del lenguaje (TEL)

Los/as niños/as y adolescentes con trastorno específico del lenguaje experimentan más dificultades de relaciones sociales y presentan un mayor riesgo de tener problemas en este sentido con sus compañeros y compañeras de clase. Dado que el lenguaje es parte integral del funcionamiento social, los y las menores con esta problemática tienen más complicaciones para hacer amigos y aprender habilidades sociales (se muestran más retraídos, no saben resolver conflictos, les cuesta iniciar una conversación, etc.). A su vez, estas interacciones sociales limitadas pueden exacerbar los problemas del ámbito social, al brindarles menos oportunidades para aprender y practicar habilidades sociales, lo que se traduce en un repertorio social reducido al que recurrir en interacciones futuras. Asimismo, esta menor competencia social que experimentan los niños, niñas y adolescentes con trastorno específico del lenguaje puede tener efectos perniciosos sobre su salud mental, con mayor riesgo de ansiedad y depresión (si bien no quedan claras las vías subyacentes involucradas en esta relación), y mayores sentimientos de estrés y fobia social (Forrest et al., 2021).

Trastorno de la comunicación social (pragmático) (TCS)

Bajo este epígrafe se tipifican por primera vez los déficits en la comunicación social en el DSM-5, describiendo a un conjunto de alteraciones relacionadas con los usos sociales del lenguaje y la comunicación (González et al., 2015). Este trastorno

puede presentarse en forma primaria o como sintomatología de otros trastornos como el TEL, TDAH, TEA, entre otros, lo que genera confusión al momento de la evaluación diagnóstica (Velarde Incháustegui et al., 2017).

Los y las menores con trastorno de la comunicación social (pragmático) presentan problemas en la interacción social, implicando a las habilidades sociales y a la adaptación de la conducta (Velarde Incháustegui et al., 2017). Se observan en estos niños y niñas dificultades en comprensión, con la presencia de problemas en el seguimiento de normas sociales, y déficits en el uso de la comunicación verbal y no verbal (por ej., dificultad en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social, problemas para detectar los signos verbales y no verbales, para entender expresiones ambiguas, etc.) (González et al., 2015; Velarde Incháustegui et al., 2017).

Las habilidades de lenguaje pragmático son importantes para desarrollar relaciones con los demás y para comunicarse con una variedad de interlocutores en diversos contextos. Los niños y las niñas con un bajo grado de competencias pragmáticas pueden no comprender las normas contextuales del contexto en el que interacciona con su grupo de iguales. Esta baja competencia pragmática puede conducir a una interrupción en el desarrollo de habilidades sociales apropiadas (Leonard et al., 2011).

Dislexia

Los y las menores con dislexia presentan con frecuencia problemas en las relaciones sociales con sus compañeros/as, experimentando dificultades de interacción social. Paralelamente, su inmadurez social puede generar una autoimagen negativa que obstaculiza su actuación en situaciones sociales (Doikou-Avlidou, 2015; Sako, 2016).

La evidencia señala que los alumnos/a con dislexia exhiben habilidades sociales deficientes, relacionadas con la comunicación (dificultades para “leer” las señales sociales y el lenguaje corporal, entender el doble sentido y el sarcasmo, encontrar las palabras adecuadas...) y la regulación de las emociones (Doikou-Avlidou, 2015; Sako, 2016; Salgado, 2018)

De acuerdo con algunos estudios, las dificultades para interpretar situaciones sociales y el bajo autocontrol están relacionados con el bajo estatus social de los niños y las niñas con dislexia y con los sentimientos de soledad que a menudo experimentan (Doikou-Avlidou, 2015).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Los/as niños/as y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) típicamente experimentan problemas relacionados con las interacciones sociales, incluidas las relaciones familiares, las interacciones con adultos en la escuela y las relaciones con sus compañeros (Tresco et al., 2017).

Al igual que gran parte de los problemas característicos del TDAH, los problemas sociales aparecen pronto en el desarrollo y se mantienen hasta la edad adulta (Pardos et al., 2009).

Muchos niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentan dificultades en sus habilidades sociales y en las relaciones con sus compañeros (Mikami et al., 2007). Estas destrezas sociales son fundamentales, dado que inciden en la autoestima, la autorregulación del comportamiento, la adopción de roles y el rendimiento académico durante la infancia y vida adulta (Sánchez Fernández, 2018). Asimismo, se ha observado que los síntomas de ansiedad en los y las menores con TDAH están asociados con habilidades sociales más deficientes y más problemas de relaciones sociales (Bishop et al., 2019).

Son varios los estudios que explican las dificultades en el ámbito social de los niños y las niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad por un fallo en el desempeño de las habilidades sociales en lugar de una falta de ellas, exhibiendo problemas para desenvolverse socialmente y fallando en habilidades sociocognitivas esenciales para el funcionamiento social competente. Estas habilidades sociocognitivas implican la capacidad de entender e interpretar las conductas sociales de los demás, reconocer problemas sociales, así como de generar soluciones eficaces y valorar sus consecuencias (Aduen et al., 2018; Pardos et al., 2009).

Trastornos de conducta

Los trastornos del comportamiento en los y las menores suelen ir acompañados de problemas en las relaciones sociales con iguales y con las figuras de autoridad, además de problemas emocionales y de retrasos en el neurodesarrollo. En relación con las dificultades en el ámbito social, a medida que los y las menores se desarrollan, se observa un cambio en las relaciones sociales, si bien en la adolescencia no queda claro si las dificultades de relación social es un problema propio del adolescente o bien del grupo de iguales quienes exhiben algún tipo de rechazo hacia él no relacionado con su comportamiento (por ej., por su aspecto físico, su condición social, etc.) (Eddy, 2020).

Comportamiento desafiante

La falta de habilidades sociales adecuadas es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas desafiantes. Cuando los y las menores -tengan o no una discapacidad-, no cuentan con el repertorio de habilidades sociales necesarias para obtener lo que quieren en una situación particular, pueden involucrarse en comportamientos desafiantes en un intento de satisfacer sus necesidades y “llenar el vacío” que deja el déficit de estas habilidades (Cividini-Motta et al., 2017).

Trastornos de ansiedad

Como grupo diagnóstico, los trastornos de ansiedad se asocian con aislamiento social, timidez, problemas de relaciones con los compañeros, dificultades en la interacción entre padres e hijos, déficit de habilidades sociales, etc. Los y las menores con trastornos de ansiedad y fobias experimentan una variedad de problemas sociales que interactúan bidireccionalmente con la psicopatología, lo que complica aún más ambos (Davis III et al., 2017).

A este respecto, la evidencia señala una relación inversamente proporcional entre la ansiedad social y las habilidades sociales en niños, niñas y adolescentes (Iruarrizaga et al., 1999). Aunque la literatura se plantea que el déficit en habilidades sociales figura entre los factores causales de la ansiedad social (una escasez de habilidades sociales produce una mayor ansiedad social en el individuo que se enfrenta a situaciones sociales), también puede suceder que las personas con ansiedad social manifiesten una pobre actuación en situaciones sociales (una elevada ansiedad social conlleva un bloqueo o inhibición de las habilidades sociales, haciendo que el niño/a se desenvuelva con torpeza a nivel social) (Caballo et al., 2014).

Estilos/Trastornos de personalidad

De acuerdo con Caballo y col. (2014), hay varios estilos/trastornos de la personalidad en los que las relaciones sociales se ven afectadas y se detecta una correlación negativa con las habilidades sociales (pág. 416):

- El estilo/trastorno de la personalidad por evitación (TPE) es el estilo/trastorno más relacionado (negativamente) con las habilidades sociales, correlacionando de forma negativa tanto con las habilidades sociales globales, como con distintas dimensiones de las mismas (por ej., hablar en público/interaccionar con superiores, interaccionar con los demás de forma extravertida, expresar

molestia o desagrado, interaccionar con desconocidos, etc.), lo que sugiere, según estos autores, que el TPE y la fobia social generalizada podrían ser trastornos similares con la misma estructura dimensional.

- El estilo/trastorno de la personalidad por dependencia también se relaciona significativa y negativamente con las habilidades sociales. Este estilo/trastorno comparte síntomas con el estilo evitativo y se caracteriza, de forma específica, por ser poco asertivo, con problemas concretos en las dimensiones de expresar molestia, desagrado o enfado, rechazar peticiones, interaccionar con desconocidos o cuidar no herir los sentimientos de los demás.

Sin embargo, este estilo/trastorno no parece tener problemas con la expresión de sentimientos positivos, pedir disculpas o reconocer errores propios, comportamientos que, de acuerdo con Caballo y col. (2014), fortalecerían los lazos interpersonales.

- El estilo/trastorno esquizoide de la personalidad destaca también por sus relaciones negativas con las habilidades sociales, tanto globalmente como, específicamente, en las dimensiones interactivas que tienen que ver con la expresión de sentimientos, pedir disculpas o reconocer errores propios, tipos de respuesta cuyo déficit caracterizan al trastorno.

Depresión

Los y las menores con depresión suelen estar solos más a menudo, inician menos interacciones sociales y muestran comportamientos más agresivos y negativos que sus compañeros sin depresión (Pössel & Meyer, 2017).

Las habilidades sociales se han identificado como factores de riesgo/protección que pueden ser predictivos de la depresión en adolescentes. Así, mientras que el déficit de habilidades sociales es

un factor de riesgo asociado a la depresión en niños y adolescentes, el hecho de contar con unas buenas habilidades sociales puede actuar como factor de protección, reduciendo la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación (MSSSI, 2018).

La asociación entre apoyo social, habilidades sociales y conducta social con la depresión parecen ser bidireccionales: la falta de apoyo social, habilidades y comportamiento sociales actúan como factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos, pero también suelen ser síntomas y consecuencias de la depresión (por ej., los sentimientos de inutilidad, la baja concentración o la indecisión típicos de la depresión pueden interrumpir el comportamiento social y disminuir la motivación para interactuar con otras personas). Por lo tanto, el no contar con apoyo social, habilidades y comportamiento sociales, no solo incrementa la probabilidad de desarrollar depresión, sino que también empeora la depresión actual y aumenta la probabilidad de una recaída tras recuperarse de una depresión (Pössel & Meyer, 2017).

Impacto personal y social de los problemas de relaciones sociales en niños/as y adolescentes

Algunas investigaciones sugieren que las relaciones sociales positivas de los y las menores con su familia, amigos e incluso vecinos, parecen aumentar su bienestar subjetivo, mientras que aquellas relaciones de amistad de índole negativa, el hecho de sufrir acoso escolar o ser tratados injustamente por adultos pueden disminuir el bienestar de niños/as y adolescentes (Goswami, 2012). Asimismo, se ha observado que la escasez de habilidades sociales conlleva a la aparición de conductas disfuncionales en diversos contextos, especialmente el familiar y el educativo (Lacunza & de González, 2011; Monjas, 2000a; Monjas et al., 2014).

La evidencia muestra que la falta de competencias sociales tiene una gran importancia en el funcionamiento presente y en el desarrollo futuro del niño y de la niña: diversos estudios han evidenciado que los problemas de relaciones sociales en los y las menores, se traducen en consecuencias negativas a lo largo del desarrollo, tanto a corto plazo (dificultades a la hora de hacer frente -y dar solución- a los problemas que se les plantea, carencia de conductas interpersonales apropiadas, aislamiento social, rechazo, problemas escolares y de rendimiento académico, problemas de comportamiento, sentimientos de infelicidad, etc.), como a largo plazo (abandono escolar, comportamientos violentos y delictivos y problemas de salud mental en la edad adulta) (Aranda Redruello, 2007; Arias Martínez & Fuertes Zurita, 1999; Asher & Renshaw, 1981; Bryan, 1978; Caballo, 2007; Cowen et al., 1973; Gresham, 1988; Gresham & Lemanek, 1983; Gresham & Nagle, 1980; Gronlund & Anderson, 1963; La Greca & Santogrossi, 1980; Milchelton et al., 1987; Monjas, 2000b; Roff et al., 1972; Ullman, 1957; Weintraub et al., 1978).

Concretamente, en la etapa de la adolescencia, los déficits de habilidades sociales pueden incidir negativamente en la consolidación de la identidad, así como en la cristalización de problemas de salud psicológica (Lacunza & de González, 2011).

Por otro lado, los niños con falta de competencias sociales tienden a ser rechazados e ignorados por sus iguales, lo que supone una privación significativa de importantes experiencias que inciden en determinados aspectos del desarrollo. Esta falta de aceptación conduce a una asertividad inadecuada, problemas escolares y de rendimiento escolar y alteraciones de la personalidad (Bryan, 1978; Cowen et al., 1973; Gresham & Nagle, 1980; Gronlund & Anderson, 1963; Ovejero, 1990; Roff et al., 1972; Ullman, 1957; Weintraub et al., 1978).

Factores de riesgo y protección en los problemas de relaciones sociales

La primera infancia es un periodo crítico para el aprendizaje de habilidades sociales: durante los dos primeros años de vida, el niño establece relaciones sociales eficaces con otras personas. En este contexto, la familia adquiere una importancia esencial en la adquisición de tal tarea evolutiva (Caballo, 2005).

Así, en el ámbito familiar, las características de la afectividad, la calidad de las relaciones, la comunicación familiar y los estilos de educación parental, influyen en la conducta social de niños y adolescentes, incidiendo en la adquisición y formación de distintas habilidades psicológicas y sociales (Martín-Ordiales et al., 2019; Montañés et al., 2008; Suárez & Vélez, 2018) y en el bienestar emocional en la infancia (UNICEF, 2020b). De igual modo, la participación constructiva de los padres en las actividades escolares de sus hijos e hijas se relaciona positivamente con el desarrollo de habilidades sociales en los y las menores (MEFP, 2019).

En el entorno educativo, donde la socialización constituye un aspecto trascendental (MEFP, 2019), la presencia de relaciones interpersonales de alta calidad conlleva un mayor rendimiento académico a través de un aumento en el bienestar escolar (Kiuru et al., 2020). A este respecto, factores relacionados con los y las docentes -como el entusiasmo y el apoyo positivo-, tienen un impacto medible en el bienestar social y emocional de los niños y las niñas, así como en su rendimiento en la escuela (OECD, 2020).

Si bien las experiencias familiares tempranas son la base para el posterior desarrollo social, las experiencias con los iguales en el centro educativo son las que conducen a instaurar una identidad social bien definida (Durkheim, 1973), erigiéndose como un factor fundamental en el desarrollo social

infanto-juvenil (Rice, 2001), al adquirir cada vez más importancia en el bienestar de los niños y las niñas a medida que van creciendo (UNICEF, 2020b).

En este sentido, la investigación sugiere que las amistades entre iguales juegan un rol trascendental en la socialización, al ofrecer oportunidades únicas a la hora de perfeccionar habilidades esenciales para el desarrollo social y para ser aceptados/as por sus iguales, incrementándose el riesgo de presentar problemas interpersonales a lo largo de la vida en aquellos niños y aquellas niñas privados/as de estas experiencias (Caballo, 2005; La Greca & Stone, 1990; Ladd & Mize, 1983; Monjas, 2000a).

Mientras que la aceptación de los iguales se relaciona con sentimientos de satisfacción social, autoeficacia, adecuada autoestima y buen ajuste escolar, la ausencia de estas relaciones o el rechazo continuo, se asocian con baja conducta prosocial, disminución de la atención, depresión, aislamiento y problemas externalizantes e internalizantes (Asher & McDonald, 2009; Bierman, 2004; Brendgen et al., 2005; Contini de González, 2009; Laursen et al., 2007; Pelegrín et al., 2015). En la adolescencia, especialmente, la calidad de las relaciones con los iguales en el centro escolar, el grado de aceptación y el rechazo social experimentado, son aspectos clave para el ajuste psicológico y social y el éxito académico (Estévez López et al., 2009).

Otros factores de riesgo para desarrollar problemas en las relaciones sociales mencionados por los investigadores, son las dificultades específicas de aprendizaje (Panadero, 2019), el bajo rendimiento (Mercer, 1997), la depresión y la ansiedad (Compas & Oppendisano, 2000; Espinosa-Fernández et al., 2018), el sobrepeso y la obesidad (UNICEF, 2020b), los problemas auditivos (Del Giúdice & Díez, 2017) y la discapacidad intelectual (Esterkind de Chein & Hormigo, 2020). En la misma línea, di-

ferentes contextos sociales (por ej., lugar de residencia, nivel socioeconómico, condiciones culturales e históricas, etc.) pueden asociarse a distintos resultados en las competencias sociales en la infancia y la adolescencia (Contini, 2020).

Por otra parte, existe un cuerpo de investigación que constata que determinadas características de temperamento -en especial una alta emocionalidad negativa y una baja autorregulación-, se relacionan con una peor competencia social en niños de diferentes edades (Ato Lozano et al., 2007), y que se da una relación inversamente proporcional entre la ansiedad social y las habilidades sociales (Iruarrizaga et al., 1999).

De acuerdo con el Instituto de la Mente Infantil -organización estadounidense sin ánimo de lucro-, hay una asociación entre el temperamento temprano y los patrones de comportamiento posteriores: la inhibición de la conducta en los primeros años de vida predice el aislamiento social en la infancia. Los datos al respecto sugieren que el 15% de los y las adolescentes que presentan una conducta inhibida, tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar ansiedad social que aquellos/as que no la tienen. Asimismo, el 61% de los adolescentes que a los 2 años ya muestran una conducta inhibida, presentan signos de ansiedad social a la edad de 13 años, al interactuar con adultos desconocidos (Child Mind Institute, 2018).

Por su parte, Garaigordóbil (2006) señala la existencia de una relación entre síntomas psicopatológicos, habilidades sociales y rasgos de personalidad: los adolescentes con numerosas conductas de cooperación hacia los otros presentan pocos síntomas psicopatológicos (ansiedad, hostilidad, etc.), mientras que aquellos que no tienen síntomas psicopatológicos disponen de muchas habilidades sociales y ciertos rasgos de personalidad (socialización positiva, tolerancia al estrés, elevado autoconcepto...). Y, al contrario:

muchos síntomas psicopatológicos en la adolescencia se relacionan con bajos niveles de comportamiento cooperativo y habilidades sociales, así como con elevadas puntuaciones en asertividad inapropiada, impulsividad, exceso de confianza y bajos niveles de estabilidad emocional, sociabilidad y responsabilidad.

No podemos dejar de mencionar en este capítulo la irrupción y rápida expansión de las nuevas tecnologías en la época actual, que ha conferido a Internet y a las TIC un rol relevante en numerosos ámbitos de la vida de las personas. De forma específica, en la infancia y la adolescencia, pueden actuar como factores tanto de riesgo como de protección: por un lado, pueden satisfacer diversas necesidades individuales y sociales, ofreciendo nuevos contextos de relación social e interacción personal (Parks & Roberts, 1998), principalmente entre los 14 y 17 años y los 18 a 24 años (edades en las que las TIC son el modo de contacto prioritario con amigos/as y compañeros/as) (Núñez-Gómez et al., 2012); por otro lado, su uso puede producir aislamiento (Nie & Erbring, 2002), correlacionando de forma negativa con las relaciones sociales (Jiménez & Pantoja, 2007).

En cuanto a factores de protección propiamente dichos, las habilidades sociales son uno de los más estudiados en salud infanto-juvenil (Díaz-Sibaja et al., 2007; Garaigordobil, 2001). Los datos al respecto muestran que las habilidades sociales reducen problemas de conducta en el aula, mejoran la autoestima y la empatía y la solución de problemas interpersonales, e inciden en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento, en la resiliencia y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta (Almaraz Feroso et al., 2019; Garaigordobil & Peña, 2014; Monjas, 2000b; UNICEF, 2020a).

Las competencias sociales se erigen como un factor de protección y promoción de la salud (Prieto

Ursua, 2000) y se conectan con la salud física y mental, constituyendo un indicador de desarrollo saludable y de calidad de vida, además de ser un predictor bastante significativo del rendimiento escolar (Lacunza, 2012a; Lorenzo & Bueno, 2011).

A su vez, la competencia social de los y las menores se relaciona con la empatía y la conducta prosocial (acciones intencionales que se llevan a cabo con el propósito de beneficiar a otros): aquellos niños y aquellas niñas que exhiben más comportamientos prosociales son mejor valorados y más aceptados por sus iguales, y, a su vez, aquellos/as menores que se sienten aceptados/as desarrollan una buena autovaloración y tienden a desarrollar más comportamientos sociales positivos (Balabanian et al., 2018; Lacunza, 2012b; Martínez et al., 2010; Núñez Hernández et al., 2018).

Según afirma Rodríguez (2010) el desarrollo de competencias prosociales, la resolución de problemas y conflictos, y el manejo emocional, aunados al trabajo con los padres, se convierten en el mejor camino para minimizar el impacto de otras variables de riesgo.

Aspectos como la autoestima -incluyendo el autoconcepto, el autorrespeto y la autoaceptación-, y la inteligencia emocional se asocian significativa y positivamente con las relaciones interpersonales y con el desarrollo de conductas prosociales, empatía, resolución constructiva de conflictos, resiliencia, autocontrol, automotivación, etc. (Alonso et al., 2007; Garaigordóbil, 2018; Salguero et al., 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, numerosas investigaciones ponen de manifiesto la eficacia del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) y asertividad junto con un entrenamiento en autoinstrucciones, en la enseñanza de conductas positivas y socialmente hábiles a niños y niñas, en la reducción de conductas agresivas y en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes (Al-

maraz Feroso et al., 2019; Caballo, 2007; Cacho Becerra et al., 2019; Espinosa-Fernández et al., 2018; Fernández & Moreno, 2001; Garaigordobil & Peña, 2014; García Esparza & Méndez Sánchez, 2017; Gresham, 1988; Gresham et al., 2004; Gresham & Lemanek, 1983; Monjas, 2000b; Núñez Hernández et al., 2018; Vallés Arándiga & Vallés Tortosa, 1996).

En esta misma línea, hay evidencia sobre los beneficios de los programas de actividades lúdicas en la mejora de las habilidades sociales y disminución de conductas agresivas (Salazar, 2018) y sobre el impacto de los programas generales de tipo cognitivo-conductual, de resolución de problemas y de enseñanza de habilidades sociales aplicados en Educación Primaria y Secundaria, que se traducen en una mejora significativa en el conocimiento emocional, en el rendimiento escolar y en las habilidades de resolución de problemas, así como en una reducción de los problemas de interiorización y exteriorización (Espinosa-Fernández et al., 2018; Greenberg et al., 2001).

Referencias

- Achenbach, T.M., Rescorla, L. A., McConaughy, S. H., Pecora, P. J., Wetherbee, K. M., Ruffle, T. M., & Newhouse, P. A. (2004). *Achenbach system of empirically based assessment*. ASEBA Research Center for Children, Youth, and Families.
- Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L., & Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem? *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(3), 440-451
- Almaraz Feroso, D., Coeto, Cruzes, G., & Camacho Ruiz, E. J. (2019). Habilidades sociales en niños de Primaria. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 10 (19), pp. 191-206. https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v10i19.706
- Alonso, L. M., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M., & Ariza, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud uninorte*, 23(1), 32-42.
- Amaral, M. P., Maia Pinto, F. J., & Medeiros, C. R. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 17-38.

- Aranda Redruello, R. (2007). Evaluación diagnóstica sobre las habilidades sociales de los alumnos de Educación Infantil: proyecto de formación del profesorado en centros (Centro "La Inmaculada" de Hortaleza): primera parte. *Tendencias pedagógicas*, 12, pp. 111-150.
- Arias Martínez, B., & Fuertes Zurita, J. (1999). Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. *Observación en la escuela, aplicaciones*, pp. 13-68.
- Asher, S. R., & McDonald, K. L. (2009). The behavioral basis of acceptance, rejection, and perceived popularity. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski, & B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 232-248). Guilford Press.
- Asher, S. R., & Renshaw, P. D. (1981). Children without friends: Social knowledge and social skill training. In S. R. Asher & M. Gottman (Eds.), *The development of children's friendships*. Cambridge University Press.
- Ato Lozano, E., Galián Conesa, M. D., & Huéscar Hernández, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 23(1), 33-40.
- Balabanian, C. y Lemos, V. (2018). Desarrollo y estudio psicométrico de una escala para evaluar conducta prosocial en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica-RIDEP*, 48 (3), 177-188.
- Bierman, K. L. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. Guilford Press.
- Bishop, C., Mulraney, M., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2019). An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: A systematic review. *Psychiatry research*, 273, 402-421.
- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A. J., & Vitaro, F. (2005). Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 579-594.
- Bryan, T. H. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 11(2), 107-115.
- Caballo, C. Verdugo, M.A. (2005). *Habilidades sociales. Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad*. ONCE. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11181/3518>
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7ª Edición)*. Siglo XXI
- Caballo, V. E., del Prette, Z. A. P., Monjas, M. I., & Carrillo, G. B. (2006). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 401-420). Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I., Irurtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
- Cacho Becerra, Z. V., Silva, Balarezo, M. G., & Yengle Ruíz, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*, 15(2), 186-205.
- Child Mind Institute. (2018). *Understanding Anxiety in Children and Teens*. Children's Mental Health Report.
- Cividini-Motta, C., Bloom, S., & Campos, C. (2017). Challenging Behavior. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Compas, E. B., & Opendisano, G. (2000). Mixed Anxiety/Depression in Childhood and Adolescence. In M. Sameroff & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Contini de González, N. (2009). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*(9), 45-64.
- Contini, N., & Coronel, C. P. (2020). Las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia. Conceptos y marco teórico (pág. 13). In N. Contini (Ed.), *Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como clave para su abordaje*. Colección Saberes Académicos. Universidad Nacional de Tucumán.
- Contini, N. (2020). Las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia. Conceptos y marco teórico (pág. 13). In N. Contini (Ed.), *Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como clave para su abordaje*. Colección Saberes Académicos. Universidad Nacional de Tucumán.
- Cowen, E. L., Pederson, A., Babigian, H., Isso, L. D., & Trost, M. A. (1973). Long-term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 438.
- Davis III, T.E., Castagna, P., Shaheen, G., & Reuther, T. (2017). Anxiety Disorders. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Del Giúdice, M., & Díez, M. A. (2017). Percepción del bienestar emocional y relaciones interpersonales en la calidad de vida de personas sordas en la etapa escolar. *Conocimiento Educativo*, 4, 95-110.
- Doikou-Avlidou, M. (2015). The educational, social and emotional experiences of students with dyslexia: the perspective of postsecondary education students. *International Journal Of Special Education*, 30(1), 132-145.
- Dongil Collado, E., & Cano Vindel, A. (2014). *Desarrollo personal y bienestar*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. España.
- Durkheim, E. (1973). *Moral education: A study in the theory and application of the sociology of education*. Free Press.

- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, Arias, R., & Martín Babarro, J. (2010). *Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la educación secundaria obligatoria*. Recuperado de: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/estudio-estatal-sobre-la-convivencia-escolar-en-la-educacion-secundaria-obligatoria/educacion-secundaria-socializacion/13567>
- Díaz-Sibaja, M., Trujillo, A., & Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de Día infanto-juvenil: programas de tratamiento. Child and adolescent Day Hospital: treatment programs. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7(1), 80-99.
- Eddy, L. S. (2020). Trastornos del comportamiento. *ADOLESCERE-Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 28-38.
- Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., Muela Martínez, & J.A. (2018). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 11-24
- Esterkind de Chein, A. & Hormigo, K. (2020). Discapacidad intelectual y habilidades sociales en la adolescencia. Estrategias de intervención y aprendizaje (pág. 235). In N. Contini (Ed.), *Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como clave para su abordaje*. Colección Saberes Académicos. Universidad Nacional de Tucumán
- Estévez López, E., Martínez Ferrer, B., & Jiménez Gutiérrez, T. I. (2009). Las relaciones sociales en la escuela: el problema del rechazo escolar. *Educational Psychology*, 15(1), 45-60.
- Fernández, A., & Moreno, M. (2001). Entrenamiento de habilidades sociales en el ámbito escolar: inclusión de un procedimiento de autorregulación verbal. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4), 681-690.
- Forrest, C. L., Gibson, J. L., & St Clair, M. C. (2021). Social Functioning as a Mediator between Developmental Language Disorder (DLD) and Emotional Problems in Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 12-21.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9(2), 221-246.
- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.
- Garaigordobil, M., & Peña, A. (2014). Intervención en las habilidades sociales: efectos en la inteligencia emocional y la conducta social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 551-567.
- Garaigordobil, M. (2018). La educación emocional en la infancia y la adolescencia. *Participación Educativa. Revista del Consejo Escolar del Estado*, 5(8), 105-129
- García, E., Rodríguez, G., & García, C. (1993). Limitaciones del constructo "habilidades sociales" para la elaboración de un modelo de intervención social en el aula. *Enseñanza & Teaching. Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 10(11).
- García Esparza, A., & Méndez Sánchez, C. (2017). El entrenamiento en habilidades sociales y su impacto en la convivencia escolar dentro de un grupo de primaria *REXE- Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(30), 151-164
- Gilliam, J. E. (2014). *Gilliam autism rating scale-Third edition*. Pro-Ed.
- González, M., Rivas, R. M., & López, S. (2015). Caracterización y delimitación del trastorno de la comunicación social (pragmático). *Revista de estudios e investigación en Psicología y Educación, Extr. 9*.
- Goswami, H. (2012). Social relationships and children's subjective well-being. *Social Indicators Research*, 107(3), 575-588
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1), 1a.
- Gresham, F.M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pine
- Gresham, F.M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System manual*. Pearson.
- Gresham, F. M. (1988). Social Skills. Conceptual and Applied Aspects of Assessment, Training, and Social Validation. In J. C. Witt, S. N. Elliot, & F. M. Gresham (Eds.), *Handbook of Behavior Therapy in Education* (pp. 523-546). Plenum Press.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D., & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral Disorders*, 30(1), 32-46.
- Gresham, F. M., & Lemanek, K. L. (1983). Social skills: A review of cognitive-behavioral training procedures with children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 4(3), 239-261.
- Gresham, F. M., & Nagle, R. J. (1980). Social skills training with children: Responsiveness to modeling and coaching as a function of peer orientation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 718.
- Gronlund, N. E., & Anderson, L. (1963). Personality characteristics of socially accepted, socially neglected, and socially rejected junior high school pupils. In J. Seidman (Ed.), *Educating for mental health* (Vol. 43, pp. 329-338). Crowell.
- Harper, C.B., Symon, J. B., & Frea, W. D. (2008). Recess is time-in: Using peers to improve social skills of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(5), 815-826.
- Instituto DKV de la Vida Saludable. (2019). *I Estudio de salud y bienestar en la infancia*. Recuperado de: <http://www.infoconline.es/pdf/Informe-estudio-infancia.pdf>
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., & Sastre,

- E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2(1).
- Jiménez, L., & Pantoja, V. (2007). Autoestima y relaciones Interpersonales en sujetos adictos a Internet. *Psicología-Segunda Época*, 26(1), 78-89.
- Jiménez, I., & Muñoz, M. V. (2011). Los iguales como contexto de desarrollo. In M. V. Muñoz, I. López, I. Jiménez, M. Ríos, B. Morgado, M. Román, P. Ridaio, X. Candau, & R. Vallejo (Eds.), *Manual de psicología del desarrollo aplicada a la educación* (pp. 195-224). Pirámide.
- Kanai, C., Toth, G., Kuroda, M., Miyake, A., & Itahashi, T. (2017). Social Skills in Autism Spectrum Disorders. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer
- Kiuru, N., Wang, M. T., Salmela-Aro, K., Kannas, L., Ahonen, T., & Hirvonen, R. (2020). Associations between adolescents' interpersonal relationships, school well-being, and academic achievement during educational transitions. *Journal of youth and adolescence*, 49(5), 1057-1072.
- La Greca, A. M., & Santogrossi, D. A. (1980). Social skills training with elementary school students: A behavioral group approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 220.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1990). LD status and achievement: Confounding variables in the study of children's social status, self-esteem, and behavioral functioning. *Journal of Learning Disabilities*, 23(8), 483-490.
- Lacunza, A. B. (2012b). Las habilidades sociales y el comportamiento prosocial infantil desde la psicología positiva. *Pequéñ*, 1(2), 1-20.
- Lacunza, A. B., & de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
- Lacunza, A. B. (2012a). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salutogénica. *Psicodebate*. <https://doi.org/10.18682/pd.v12i0.367>
- Ladd, G. W., & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social-skill training. *Psychological review*, 90(2), 127-157.
- Laursen, B., Bukowski, W. M., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2007). Friendship moderates prospective associations between social isolation and adjustment problems in young children. *Child Development*, 78(4), 1395-1404.
- Leonard, M.A., Milich, R., & Lorch, E. P. (2011). The Role of Pragmatic Language Use in Mediating the Relation between Hyperactivity and Inattention and Social Skills Problems. *Psychology Faculty Publications*, 120.
- Little, S. G., Swangler, J., & Akin-Little, A. (2017). Defining Social Skills. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Livingston, L.A., Colvert, E., Team, S. R. S., Bolton, P., Happé, & F. (2019). Good social skills despite poor theory of mind: exploring compensation in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(1), 102-110.
- Lorenzo, M., & Bueno, M. R. (2011). Entrenamiento de habilidades sociales en fútbol base: Propuesta de intervención. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIO-TAM*, 21(2), 39-52.
- Losada, L. (2018). Reflexión y construcción del conocimiento en torno a las habilidades sociales y la competencia social. *RECIE. Revista Caribeña de Investigación Educativa*, 2(1), 7-22
- Martín-Ordiales, N., Saldaña de Lera, E., & Morales, A. (2019). Relación entre apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentalidad y exclusión social. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 6(2), 44-48
- Martínez, A. E., Inglés, C., Piqueras, J. A., & Oblitas, L. A. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en psicología latinoamericana*, 28(1).
- MEFP (2019). *Informe PISA 2018. Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes Informe español (Versión preliminar)*. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial. Instituto Nacional de Evaluación Educativa.
- Mercer, N. (1997). *Palabras y mentes: cómo usamos el lenguaje para pensar juntos*. Paidós.
- Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Piffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of abnormal child psychology*, 35(4), 509-521.
- Milchelton, L., Sugai, D., Wood, R., & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Monjas, M. (2000b). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: cepe.
- Monjas, M. (2000a). *Las habilidades sociales en el currículo* (Vol. 146). Centro de Investigación y Documentación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Monjas, M. I., Martín-Antón, L. J., García-Bacete, F.-J., & Sanchiz, M. L. (2014). Rechazo y victimización al alumnado con necesidad de apoyo educativo en primero de primaria. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 499-511.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(23), 391-408.
- Morales, J., & Gaviria, E. (2021). Psicología de las relaciones interpersonales. In J. F. Morales, y Gaviria, E. (coords.) (Ed.), *Re-*

- descubrir las relaciones interpersonales. Editorial Sanz y Torres. UNED.
- MSSSI. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. S. S. e. I. Ministerio de Sanidad.
- Newcomb, A. F., Bukowski, W. M., & Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113(1), 99.
- Nie, N. H., & Erbring, L. (2002). Internet and society: A preliminary report. *IT & society*, 1(1), 275-283.
- Núñez Hernández, C., Hernández del Salto, V., Jerez Camino, D., Rivera Flores, D., & Núñez Espinoza, M. (2018). Las habilidades sociales en el rendimiento académico en adolescentes [Social skills in academic performance in teens] *Revista de Comunicación de la SEECI*, 47, 37-49 <https://doi.org/http://doi.org/10.15198/seeci.2018.47.37-49>
- Núñez-Gómez, P., García-Guardia, M. L., Hermida-Ayala, & L.A. (2012). Tendencias de las relaciones sociales e interpersonales de los nativos digitales y jóvenes en la web 2.0. *Revista Latina de Comunicación Social*, 67, 1-28.
- OECD. (2020). *PISA 2018 Results (Volume V): Effective Policies, Successful Schools*.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Panadero, C. A. (2019). Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 11, 91-122
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A., & Fernández-Mayoralas, D. M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad *Revista de Neurología*, 48, 107-111.
- Parks, M. R., & Roberts, L. D. (1998). Making MOOsic': The development of personal relationships on line and a comparison to their off-line counterparts. *Journal of social and personal relationships*, 15(4), 517-537.
- Pelegrín, A., & Garcés de Los Fayos, E. (2015). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 5-20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1989/ejep.v1i1.1>
- Prieto Ursua, M. (2000). *Variables psicológicas relevantes en el estudio de los menores con trastornos psíquicos*. Ponencia presentada en el I Congreso Hispano-Portugués de Psicología, 21 al 23 de setiembre, Santiago de Compostela. In.
- Pössel, P., & Meyer, T. D. (2017). Depression and (Hypo)mania. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Reynolds, C.R., & Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children (3rd ed.)*. Pearson Assessment.
- Rice, P. (2001). *Human development (A life-span approach)* (Trans. Mahshid Foroughan, 2008). Arjmand Publication.
- Rodríguez, M. C. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 27(4), 437-447.
- Roff, M. F., Sells, S. B., & Golden, M. M. (1972). *Social adjustment and personality development in children*. University of Minnesota Press.
- Sako, E. (2016). The Emotional and Social Effects of Dyslexia. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(2), 231-239
- Salazar, R. D. (2018). Programa de actividades lúdicas para desarrollar habilidades sociales. *Hacedor-AIAPÆC*, 2(1), 77-87.
- Salgado, F. E. (2018). Dislexia: el enemigo silencioso que podemos combatir desde el aula. *Educación*, 24(1), 79-84.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., & Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). *Childhood autism rating scale (2nd ed.)*. Western Psychological Services.
- Sigafoos, J., Lancioni, G. E., Singh, N. N., & O'Reilly, M. (2017). Intellectual Disability and Social Skills. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland adaptive behavior scales (3rd ed.)*. Pearson Assessment
- Suárez, P. A., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 12(20), 173-198.
- Syriopoulou-Delli, C.K., Agaliotis, I., & Papaefstathiou, E. (2018). Social skills characteristics of students with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(1), 35-44.
- Sánchez Fernández, L. (2018). Diseño de una propuesta de intervención para mejorar las habilidades sociales en alumnos con TDAH. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 1(1), 83-91.
- Tortosa Jiménez, A. (2018). El aprendizaje de habilidades sociales en el aula. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad* 4(4), 158-165.
- Tresco, K. E., Kessler, J. L., & Mautone, J. A. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In J. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer.
- Trianas Torres, M. V., Mena, M. J. B., Fernández-Baena, F. J., Espejo, M. E., & Montero, E. F. M. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 30-35.
- Ullman, C. A. (1957). Teachers, peers and tests as predictors of adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 48(5), 257.

- UNICEF (2020a). *Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19*. Recuperado de: <https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana>
- UNICEF (2020b). *Mundos de influencia: ¿Cuáles son los determinantes del bienestar infantil en los países ricos?* (Report Card n.º 16 de Innocenti, Issue.
- Vallés Arándiga, A., & Vallés Tortosa, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular*. Madrid: EOS.
- Velarde Incháustegui, M. M., Vattuone Echevarría, J. A., & Gómez Velarde, M. E. (2017). Trastorno de la comunicación social (pragmático)(TCS f80. 82). *Pediátrica Panamá*, 47(2), 99-104.
- Weintraub, S., Prinz, R. J., & Neale, J. M. (1978). Peer evaluations of the competence of children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(4), 461-473.
- Weiss, M. J., & Harris, S. L. (2001). Teaching social skills to people with autism. *Behavior modification*, 25(5), 785-802.
- White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1858-1868.

