



UD 5 EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Curso 24-25

PUESTA EN MARCHA

Sara tiene 16 años. Es muy responsable pero algo insegura y se preocupa mucho por agradar a la gente. Su madre ha tenido problemas de peso y le insiste mucho en cuidar su salud. Tras una mudanza a una ciudad más grande encuentran a Sara más triste, irritable, saca peores notas y a pesar de haber adelgazado mucho ella sigue haciendo ejercicio día y noche.



LAS ESTAPAS EN EL CICLO VITAL

Como ya vimos en la UD1, el proceso de desarrollo va cambiando a lo largo de las diferentes etapas. Cada una de ellas con características diferentes que se pueden establecer en tres ámbitos (cambios físicos, cognitivo y psicosociales)



DESARROLLO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE:
RECORDATORIO

Fase	Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo	Desarrollo psicosocial
Prenatal (concepción al nacimiento)	<ul style="list-style-type: none"> – Concepción. – Dotación genética, que interactúa con las influencias ambientales desde el principio. – Formación de las estructuras y órganos básicos del cuerpo. – Mayor crecimiento físico de la vida. 	<p>Se desarrollan las capacidades de aprender, recordar y responder a la estimulación sensorial.</p>	<p>El feto responde y tiene preferencia por la voz de la madre.</p>
Infancia (nacimiento a tres años)	<ul style="list-style-type: none"> – Incremento de la complejidad del cerebro, que es muy sensible a las influencias ambientales. – Rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices. 	<ul style="list-style-type: none"> – Están presentes las capacidades de aprender y recordar desde las primeras semanas. – Al finalizar el segundo año se desarrolla la capacidad de usar símbolos y resolver problemas. – Hay un desarrollo rápido de la comprensión y uso del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento del interés por los otros niños. – Desarrollo de la autoconciencia. – Apego a los padres y a otros.
Niñez temprana (tres a seis años)	<ul style="list-style-type: none"> – Crecimiento constante, aspecto esbelto y proporciones más parecidas a las del adulto. – Reducción del apetito y aparición común de los problemas de sueño. – Mejora de la coordinación motora y de la fuerza. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aparece un razonamiento egocéntrico, pero aumenta la comprensión del punto de vista de los demás. – Se producen ideas ilógicas sobre el mundo por la inmadurez cognoscitiva. – Se consolidan la memoria y el lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se hacen más complejos el autoconcepto y la comprensión de las emociones. – Aumenta la independencia, la iniciativa y el autocontrol. – Se desarrolla la identidad de género. – Los juegos se hacen más elaborados, sociales e imaginativos. – La familia es el centro de la vida social, pero empiezan a tener importancia otros niños.
Niñez media (seis a once años)	<ul style="list-style-type: none"> – Crecimiento más lento. – Aumento de la fuerza y de las capacidades deportivas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disminuye el egocentrismo. Los niños comienzan a pensar de forma lógica. – Se incrementan las habilidades de memoria y lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> – El autoconcepto influye en la autoestima y se hace más complejo. – Los compañeros adquieren una importancia central.
Adolescencia (once a veinte años)	<ul style="list-style-type: none"> – Aparición de la madurez reproductiva. – El crecimiento físico y el resto de los cambios son rápidos y profundos. – Los principales riesgos para la salud se deben a problemas de conducta y drogadicción. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto y razonamiento científico. – Persiste la inmadurez de pensamiento en algunas actividades y conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dentro de sus objetivos prioritarios se encuentran el sexo y la búsqueda de la identidad. – Se sufre una gran influencia del grupo.

DESARROLLO FÍSICO, COGNISCIVO Y PSICOSOCIAL

Se aceptan estas etapas, aunque puede haber diferencias culturales. Existen diferencias individuales (sexo, salud...), sociales (familia, servicios sanitarios...), y sociohistóricas (época en la que vivimos)

PERSPECTIVAS DE ESTUDIO PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO

Psicoanalítica

- La conducta se controla por impulsos inconscientes (Th Psicosexual de Freud)
- La sociedad influye en la personalidad que se desarrolla a través de una sucesión de crisis (Th Psicosocial de Erikson)

Un adulto obeso tiene fijación por etapa oral

De aprendizaje

- Las personas reaccionan. El ambiente controla la conducta (Th Conductismo- Watson, Pavlov, Skinner)
- Los niños aprenden por observación e imitación en un contexto social. Son activos y contribuyen al aprendizaje (Th aprendizaje social de Bandura)

Un adulto obeso no ha sido recompensado por los buenos hábitos alimentación y ejercicio o su familia era obesa.

Cognoscitiva

- Entre infancia y adolescencia hay cambios cualitativos del pensamiento (Th etapas cognoscitivas de Piaget)
- Los niños son activos iniciadores del desarrollo cognoscitivo (Th sociocultural de Vigotsky)
- Los seres humanos procesamos símbolos (Th del procesamiento de la información)

Un adulto obeso no ha aprendido la forma de mantener un peso saludable y no valora la buena alimentación

Humanista

- La conducta elegida por libre albedrío y motivada de forma natural por nuestra capacidad de alcanzar nuestro máximo potencial (Th de Autoconcepto de Rogers y de la personalidad de Maslow)

Un adulto obeso siempre puede buscar un peso óptimo como parte de autorealización

Evolutiva

- Los seres humanos poseen mecanismos de adaptación para sobrevivir; se destacan periodos críticos o sensibles; son importantes las bases evolutivas y biológicas de la conducta y la predisposición al aprendizaje. Influida por Darwin (Th del apego de Bowlby)

Un adulto obeso está predispuesto genéticamente ya que la grasa adicional ayudó a sobrevivir a sus ancestros.

EL NIÑO



PATRONES DEL DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET

ETAPA SENSITIVOMOTORA (0-2 Años)

- Aprenden a través de los sentidos y de su actividad motora
- Determinada por las sensaciones que el niño experimenta y las reacciones motoras ante ellas. Aprende la permanencia del objeto

ETAPA PREOPERATIVO O INTUITIVA (2-7 Años)

- Pensamiento mágico, no lógico. Juego simbólico
- El pensamiento simbólico incluye la capacidad de hablar. Aprenden a interactuar con su ambiente de una manera compleja mediante palabras e imágenes mentales.
- Etapa marcada por el egocentrismo: creen que todas las personas ven el mundo de su modo.
- Animismo: Creen que los objetos inanimados tienen la misma percepción que ellos y pueden ver, oír sentir ...
- Categorización de los objetos: Por tamaño, color forma...
- Conservación: Entienden que la cantidad cambia, aunque cambie la forma.

ETAPA DE OPERACIONES CONCRETAS (7-11 Años)

- Pensamiento lógico, concreto y reversible.
- Puede aplicar la lógica: el niño conoce racionalmente y hace comparaciones lógicas.

ETAPA DE OPERACIONES FORMALES (>11 Años)

- Pensamiento abstracto.
- El desarrollo de operaciones formales junto con el dominio del lenguaje permite al niño acceder al pensamiento abstracto y la crítica que facilita la razón.
- Desarrolla la comprensión del mundo y de la idea de causa-efecto.
- Capacidad para formular hipótesis y ponerlas a prueba para encontrar solución al problema.

EL ADOLESCENTE



UNA ETAPA DE CAMBIO

Desde la pubertad hasta etapa adulta

Es una etapa de transición, que afecta al cuerpo, forma de pensar y sentir y forma de relacionarse.

Afectada por factores socioculturales . La mayoría de los autores establecen 3 etapas en la adolescencia, aunque no todos los adolescentes las viven de la misma manera o tienen la misma duración.

- Adolescencia temprana (10-13 años)
- Adolescencia media (14 a 17 años)
- Adolescencia tardía (18 a 21 años)

UNA ETAPA DE CAMBIO: CAMBIOS DE LA PERSONALIDAD

A nivel cognitivo

Se tratan temas sobre la identidad ¿quién soy? ¿Qué hago?... Se buscan nuevos ideales de identificación cuestionando los p/maternos. Los vínculos con el grupo de amigos son fundamentales.

- Autoconcepto: Percepciones e ideas de uno mismo.
- Autoestima: Comparar con otros. Fundamental las opiniones de los demás.
- Sexualidad/afectividad: El desconocimiento, intensidad de sensaciones, impulsos y sentimientos.
- Ética y sistema de valores: Influencias sociales y familiares. Se cuestiona todo.
- Estudios y formación: Mayor responsabilidad y proyectos profesionales.
- Autoimagen corporal: Cuerpo=identidad → vergüenza, orgullo...

A nivel psicológico

1. Adolescencia temprana: Menos interés por los padres y amistad con el mismo sexo. Reto a la autoridad y necesidad de intimidad. Metas irreales, falta control de impulsos. Preocupan por cambios físicos. Incertidumbre sobre su apariencia.
2. Adolescencia media: Conflicto con padres, y + relación con los compañeros. Aumento de la experiencia sexual. Conductas de riesgo (invulnerabilidad), conformidad con los valores de los compañeros. Interés por la moda, y cuerpo atractivo (según sus cánones de belleza)
3. Adolescencia tardía: Acercamiento emocional a los padres y sus valores. Priorizan relaciones íntimas, menor importancia a los compañeros. Metas vocacionales reales, desarrollan sistema de valores. Identidad personal y social. Capacidad de intimar. Aceptación de imagen corporal.

UNA ETAPA DE CAMBIO

Cambios sociales

La socialización depende del contexto sociocultural.

La familia es, en principio, un espacio de apoyo y orientación:

- Evolución de los hogares nucleares (padre, madre, hijos) hacia familias monoparentales, divorcios, reconstruidas, o del mismo sexo.
- Retraso en la edad de casarse y de la maternidad.
- Descenso de la natalidad, hijos únicos.
- Trabajan los dos progenitores, con familias con pocos hijos y abuelos en casas que viven independientes.
 - ✓ Familias sobreprotectoras: Protección excesiva (hijos consentidos). Dificultades para conseguir hijos autónomos (tiranizados)
 - ✓ Familia permisiva: Ausencia de límites. Confusión entre autoritarismo y disciplina. Adolescentes que pueden caer en conductas de riesgo.
 - ✓ Familias delegativas: Los padres priorizan sus propios intereses. Poca comunicación y objetivos comunes.
 - ✓ Familias corresponsabilizadoras: Facilitan que las responsabilidades se cumplan, autoridad moral (los hijos buscan opinión y aprobación). El diálogo es la base y los padres dan autonomía.

LA ADOLESCENCIA EN DIFERENTES CULTURAS

El adolescente occidental

En la cultura occidental, **la adolescencia sigue la tendencia que se marcó durante la Revolución Industrial**. Antes de este período, la incorporación laboral se producía alrededor de los 7 años. Sin embargo, hubo un cambio de mentalidad en el que la formación, el estudio y la especialización cobró importancia. Con ello, **el rol de adulto comenzó a llegar de manera más tardía**, creándose un nuevo grupo social.

Judaísmo

El paso de la infancia a la adultez está marcado por el Bat Mitzvá y el Bar Mitzvá, que se produce en niñas de 12 años y en niños de 13 años, respectivamente. Antes del evento, los niños **dedican tiempo a estudiar su función como adultos** y a tomar conciencia de la responsabilidad que tienen al ser personas independientes. Antiguamente, era el momento de casarse; en la actualidad, se le considera una persona madura obligada a cumplir los preceptos del judaísmo.

Moranismo

En el pueblo guerrero Masai, en Tanzania y Kenia, **cuentan con tres ritos**. Al cumplir 15 años, se someten a una ceremonia de iniciación, *enkipaata*. Se someten a la circuncisión. Si muestren fortaleza, irán a cazar pájaros para adornarse con sus plumas, su primer símbolo de guerrero. Vivirán 10 años fuera del poblado. Posteriormente se alimentan de una vaca, bebiendo su sangre directamente del animal. Y, por último, *olng'esherr*. El futuro guerrero adulto visita por última vez la casa de **su madre, quien le afeitará la cabeza en símbolo de libertad**.

ADOLESCENCIA EN DIFERENTES CULTURAS

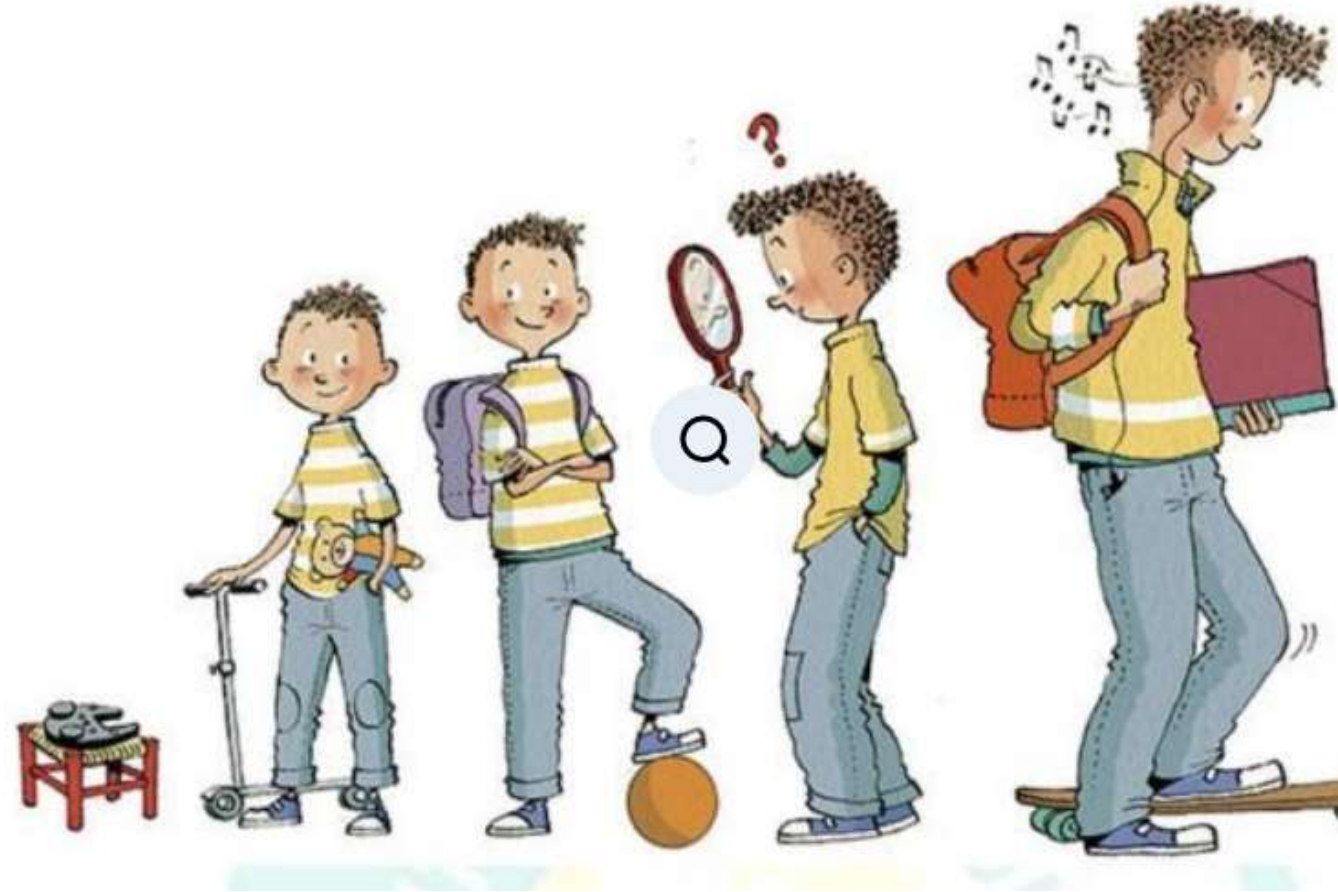
Seijin-no-Hi

Para los jóvenes japoneses de 20 años, el segundo lunes de enero es el día en el que se convierten en adultos. Con esta edad, ya **son considerados miembros maduros y contribuyentes**, por lo que pueden votar y beber alcohol. El ritual que marca esta transición consiste en acudir al ayuntamiento local con sus mejores galas, recibir regalos y celebrar con sus amistades y familiares.

Los Inuit: América del Norte, Alaska...

A los 11-12 años, deben salir en verano a aprender habilidades de caza con su padre. También se les separa de los padres en un campamento para **aprender sobre habilidades de supervivencia y la naturaleza**. Así como a manejar los perros esquimales, fundamentales para cazar con éxito, y a construir iglús.

En el caso de las chicas inuit, **estas serán consideradas mujeres una vez aprendan habilidades esenciales para el cuidado**: picar y derretir hielo para obtener agua, fabricar botas, obtener grasa de foca para cocinar y encender lámparas. Una vez les llega la primera menstruación y dominan dichas habilidades, se celebrará una ceremonia de tatuaje facial, que simboliza su fortaleza y capacidad para formar una familia



CARACTERÍSTICAS EN LA
ENFERMEDAD SEGÚN LA ETAPA

CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETAPA:

MENORES DE 1 AÑO:





















- Es **difícil la interpretación de síntomas**. Generalmente expresan el malestar mediante llanto y movimientos corporales.
 - Explorar cualquier signo de cambio o protesta.
 - Observar las conductas y respuestas fisiológicas del niño (llanto, apetito, sueño, sudor, enrojecimiento...)
 - Confiar en el criterio de los padres.
- **Miedo ante extraños**
 - Para minimizar el daño en pruebas exploratorias: calmarlo, mecerlo, acariciarlo, favorecer lactancia...
- Protesta ante **separación de los padres**.
 - Permitir siempre acompañamiento para ofrecer entorno seguro



CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETAPA:

DE 1 A 3 AÑOS:

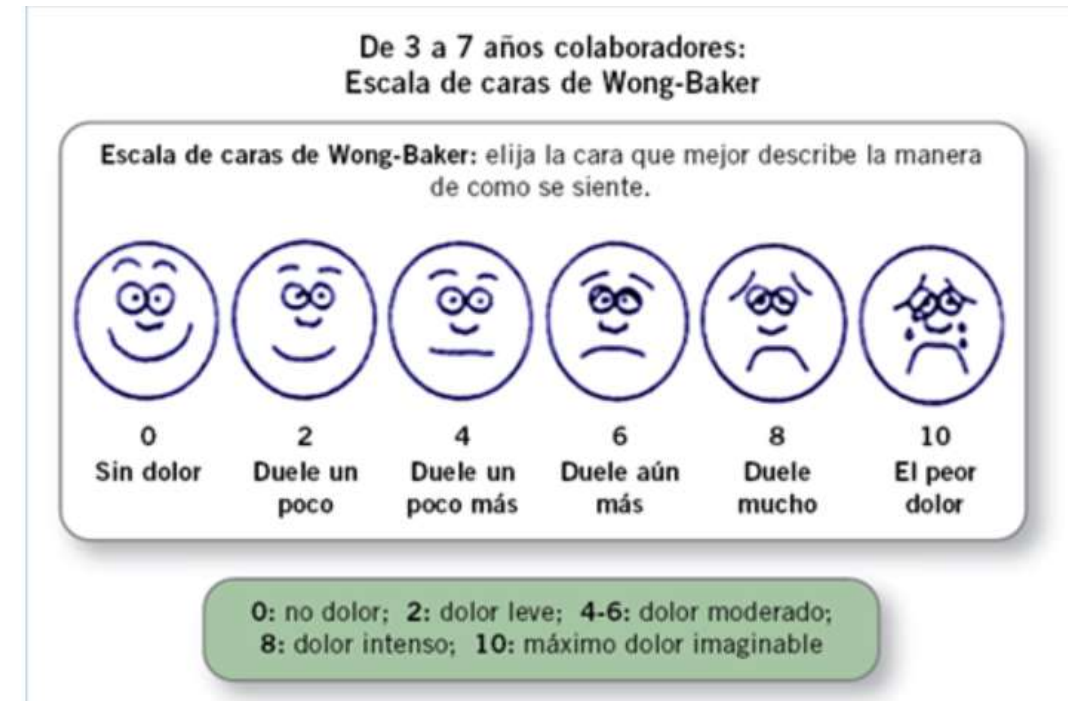
- Miedo y ansiedad ante extraños.
 - Explicar (en función del nivel de comprensión) todos los procedimientos que se van a realizar y la finalidad de cada instrumento empleado.
 - Para minimizar dolor ante pruebas: minimizar el número de personas que intentan movilizarlo.
- Percepción de lo nuevo como peligroso.
- Inseguridad, temor al abandono.
 - Permitir siempre el acompañamiento.
- No son capaces de verbalizar la localización e intensidad del dolor
 - Se utilizan escalas de valoración del dolor mediante comportamiento. La más utilizada es la **escala FLACC**, que evalúa 5 parámetros: Face (cara), Legs (piernas), Activity (actividad), Cry (llanto) y Consolability (consuelo).
 - Esta escala también se usa en niños no colaboradores.

ESCALA FLACC				
PARÁMETROS	0	2	3	
EXPRESIÓN FACIAL	 Relajada, expresión neutra	 Mueca o fruncimiento; niño retraído	 Mandíbula tensa, tórax en el mentón	
PIERNAS	 Posición normal, relajada	 «» Incómodo, inquieto, tenso	 «» Pataleo o elevación de las piernas	
ACTIVIDAD	 Tranquilo, se mueve normal	 Se retuerce, se balancea, tenso	 Cuerpo arqueado, rigidez o movimiento espasmódicos	
LLANTO	 No llora ni está quejicoso	 Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	 Difícil de consolar o tranquilizar	
CAPACIDAD DE CONSUELO	 Tranquilo	 Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	 Difícil de consolar o tranquilizar	
	 0 Sin dolor	 1-2 Dolor leve	 3-5 Dolor moderado	 6-8 Dolor intenso
			 9-10 Máximo dolor imaginable	

CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETAPA:

PREESCOLAR (3 a 6 años):

- Comienza a **expresar sentimientos y emociones** mediante palabras. Son capaces de comunicar su **localización e intensidad del dolor** (siempre en función de su edad).
 - Para niños mayores de 5 años se utilizan escalas con dibujos de caras que representan distintas intensidades de dolor y el niño elige el que más se parece a cómo le duele. Siendo el número 0 ningún dolor y el número 10 el mayor dolor posible. (**Escala de expresiones faciales o de Wong Baker** a partir de 3-7 años)
- Relaciona la enfermedad con mal comportamiento (lo vive como un castigo merecido), por lo que presenta **sentimientos de culpabilidad**.
 - Ofrecer explicaciones adaptadas a su nivel de comprensión, intentando evitar siempre el sentimiento de culpabilidad característico de esta edad.
- Reconoce las ventajas de la enfermedad: no acudir a clase, regalos...
- Miedo al dolor
 - Crear clima de confianza (nunca mentir si la prueba va a ser dolorosa). No engañar.
 - Par minimizar dolor ante pruebas: explicaciones adaptadas y emplear actividades de distracción
 - Permitir acompañamiento y objetos personales.



CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETAPA:

ESCOLAR (6 a 12 años)

- Se expresa de forma lógica y correcta.
 - A partir de 7 años de edad se podría empezar a utilizar **escalas de valoración del dolor de adultos**, en función de las capacidades del niño.
 - La escala para adultos más utilizada es la **EVA** (escala visual analógica es la más utilizada).
- Controla sus sentimientos y emociones.
- Diferencia entre salud y enfermedad
- Es capaz de reconocer los inconvenientes de la enfermedad
- Mejor tolerancia de los procedimientos dolorosos
 - Respetar la intimidad del niño (sobre todo si llora)
 - Explicar cualquier tipo de procedimiento con sinceridad.
- En niños con necesidad de aislamiento: favorecer el contacto con el exterior y evitar el retraso escolar.



CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETAPA:

ADOLESCENTE

- Pérdida de independencia (que supone un paso atrás en su desarrollo).
 - Informar continuamente.
 - Tratar directamente con el adolescente (no con los padres).
- Asimila correctamente las limitaciones de la enfermedad
- Miedo a las consecuencias de la enfermedad y muerte.
- Inseguridad y ambivalencia (ante una determinada circunstancia puede reaccionar con gran madurez o hacerlo como un niño).
- Cambios frecuentes de humor y estado de ánimo.
- Sensación de aislamiento (separación grupo de amigos). Aburrimiento.
- Colabora activamente

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN NIÑO Y ADOLESCENTE.

Prevención y apoyo psicológico



Los cambios que sufren los niños y adolescentes suponen un reto emocional.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Los problemas pueden involucrar comportamiento desafiante o impulsivo, consumo de drogas o actividad delictiva

Entre un 40-60% de los trastornos de conducta se presentan con otros trastornos psiquiátricos y psicológicos como TDAH, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de aprendizaje o generalizados.

Se ha eliminado de la última revisión DSM- V de los trastornos del niño y adolescente, ya que se considera que la patología psiquiátrica de los niños y adolescentes son también trastornos comunes en la edad adulta.

DIAGNÓSTICO: Precoz; observación del comportamiento, e información aportada por allegados.

ESCALAS DE VALORACIÓN: ESPERI (Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes), SBCL (Child behaviour) y otros como RITVO (específico del lenguaje y la comunicación); M-CHAT o Q-CHAT (detectar autismo) y ACQ y SDQ (dificultades de aprendizaje).

TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. TADH

TADH: Es el trastorno más frecuente, que se sospecha antes de los 12 años.

CARACTERÍSTICAS: Falta de atención, bajo rendimiento académico, dificultad para controlar impulsos y alteración del comportamiento, dificultades para cumplir órdenes o instrucciones, problemas de relación.

DIAGNÓSTICO: Criterios CIE 10 o por DSM-V, en base a la descripción de los síntomas descritos. 5 CRITERIOS:

- CRITERIO A: Desatención y/o hiperactividad/impulsividad que han persistido durante 6 meses y son más frecuentes y graves que los que presentan los individuos de su edad.
- CRITERIO B: que aparecen antes de los 7 años.
- CRITERIO C: Se presentan en diferentes ámbitos, como en la casa y el colegio
- CRITERIO D: Causan alteraciones clínicamente significativas en su funcionamiento social, académico o laboral
- CRITERIO E: No aparecen en el curso de otro trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicológico y no se explica mejor por otro trastorno mental.

TDAH: TRATAMIENTO

TRATAMIENTO:). En los casos más leves y sin otras patologías, puede resolverse de forma espontánea.

1. Tratamiento farmacológico:

1. Fármacos psicoestimulantes: Principalmente metilfenidato y las anfetaminas. Estos fármacos actúan inhibiendo la recapatación de dopamina y la anfetamina además, favorece su liberación. La dopamina produciría aumento en la motivación y facilitaría la respuesta cerebral ante la ejecución de tareas.
2. Fármacos no psicoestimulantes: Principalmente atomoxetina (inhibe la recaptación de la noradrenalina) y antidepresivos.

2. Tratamiento psicológico: Con abordaje dirigidos principalmente en la educación. Los abordajes suelen ser individuales y también familiares

1. Terapia con metodología cognitiva-conductual: evaluar las conductas problemáticas del niño para favorecer los cambios necesarios. Útil en niños con problemas de conducta.

3. Terapia multimodal: es un tipo de abordaje farmacológico (psicoestimulantes o no), psicoterapia, reeducación psicopedagógica (abordaje desde orientación).

.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

[Los Trastornos de la conducta alimentaria \(TCA\)](#) consisten en alteraciones de la ingesta, con consecuencias nutricionales, psicológicas y biológicas con recuperación y repercusión física y mental graves. Son más frecuentes en población femenina.

En el **DMS V** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales V) dentro de los Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos se incluye:

- **Anorexia nerviosa**
- **Bulimia nerviosa**
- **Trastorno por atracón.** Caracterizado por presencia de atracones sin conductas compensatorias posteriores y que se asocian al menos a tres de las siguientes características:
 - ✓ Comer mucho más rápido de lo normal
 - ✓ Comer hasta sentirse lleno de forma desagradable.
 - ✓ Comer grandes cantidades cuando no se siente hambre.
 - ✓ Comer debido a la vergüenza de la cantidad que se ingiere
 - ✓ Sentirse después a disgusto, avergonzado o deprimido.
- **Pica.** Caracterizada por la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (papel, pelo...).
- **Trastorno de rumiación.** Caracterizado por la regurgitación de los alimentos de forma repetida durante al menos 1 mes.
- **TCA no especificada.**

TRASTORNOS ALIMENTARIOS: TRATAMIENTO

Os **obxectivos** do tratamento nos pacientes con TCA deben ser individualizados, realistas e adaptados ao contexto e situación clínica do paciente:

- ✓ Restaurar ou normalizar o peso e o estado nutricional.
- ✓ Reducir ou eliminar os atracóns e os comportamentos purgativos que existan, así como minimizar a restricción alimentaria.
- ✓ Proporcionar educación sobre patróns alimentarios saudables.
- ✓ Promover a realización de exercicio físico saudable.
- ✓ Tratar as complicacións médicas intercurrentes.
- ✓ Conseguir un mellor axuste social e confianza persoal.

En general, el tratamiento nutricional de los TCA tiene dos fases:

- **1ª fase: educativa:** Elaboración de un plan de educación nutricional para aumentar los conocimientos de nutrición.
- **2ª fase: experimental:** Modificar la conducta alimentaria, poniendo en marcha el plan de educación nutricional previamente diseñado: ingesta calórica diaria, ganancia ponderal, peso al alta, limitación en la elección de alimentos, indicar si el paciente debe ser vigilado...

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

	ANOREXIA		BULIMIA	
TIPO	RESTRICTIVO	PURGATIVO	NON PURGATIVO	PURGATIVO
CARACTERÍSTICAS	<p>↓</p> <p>Dieta</p> <p>+</p> <p>Ejercicio</p>	<p>Dieta</p> <p>+</p> <p>Atracóns</p> <p>+</p> <p>Purgas</p> <p>En este tipo es más frecuente la comorbilidad con trastornos del control de impulsos, abuso de sustancias y trastorno límite de la personalidad.</p>	<p>Atracóns</p> <p>+</p> <p>xexún/exercicio</p> <p>Non purgas</p>	<p>Atracóns</p> <p>+</p> <p>Purgas</p>

Purga: uso excesivo de laxantes, vómitos, diuréticos o enemas.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ANOREXIA

Se suele iniciar entre los 12 y los 21 años. El paciente restringe la ingesta en su dieta habitual, presentando un miedo injustificado de ganar peso. Existe una intensa preocupación por la imagen, ansiedad por estar delgado y fobia a engordar, humor depresivo e irritabilidad, dificultad de relaciones sociales y disminución de la libido, conductas obsesivas, disminución de la concentración y atención, hiperactividad y realización de ejercicio físico exagerado(*)

La etiología: es multifactorial, y depende de factores predisponentes:

1. Influencia genética
2. Factores individuales: sexo femenino, carácter perfeccionista, responsables, muy eficaces en el estudio; deporte...
3. Factores familiares: familias rígidas, competitivas, orientadas al éxito. Puede haber casos de alcoholismo, o trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado y situaciones de divorcio.
4. Factores culturales: culto al cuerpo, inicio de una dieta restrictiva

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ANOREXIA: criterios diagnósticos en el DMS V

1. Restricción de la ingesta con repercusión nutricional y pérdida de peso. En adultos se considera un IMC < 17.5 o un peso inferior al 85% del esperable.
2. Miedo intenso a ganar peso acompañado de comportamientos dirigidos a la pérdida de peso, estando incluso por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso con negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal.

Anteriormente considerabase a amenorrea como otro criterio clínico, pero ya no se considera necesario en el DSM-V.

Otros: Trastorno endocrino manifestado por amenorrea o irregularidades menstruales (manifestación temprana de la anorexia, ainda que no siempre está presente), falta líbido, caída de cabello, aislamiento social, hiperactividad, hirsutismo, realización de ejercicio físico exagerado...

Consecuencias: Debilidad, edemas por hipoproteinemia, distensión abdominal, hipotermia e intolerancia al frío, bradicardia, anemia, osteoporosis y alteraciones bioquímicas: (dehidratación, acidosis metabólica por los laxantes, hipercolesterolemia por déficit en síntesis de ácidos biliares, aumento de GOT, GPT, GGT y enzimas musculares por destrucción tisular...)

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ANOREXIA: Tratamiento (Además de las pautas generales)

1. Recuperación de un mínimo estado de salud orgánica reinstaurando la nutrición (inicialmente de forma ambulatoria, aunque con frecuencia no se consigue y es preciso ingreso hospitalario):
 1. Cuando la reducción de peso supera un 20% del recomendado con fracaso del tratamiento ambulatorio nutricional, o si hay trastornos hidroelectrolíticos (déficit de Na^+ , K^+ , Mg^+ ...)
 2. Ingreso involuntario por orden judicial: solo en casos de riesgo de muerte por desnutrición o por conducta suicida.
2. Restricción de la actividad física.
3. Ayuda psicoterapéutica: terapia conductual con refuerzos y castigos; reorganización familiar, intervenciones grupales...

Es un trastorno con una **elevada tasa de mortalidad (5%)** como consecuencia de la inanición o por lesiones autolíticas.

La mitad de los pacientes suelen llegar a recuperar un peso normal tras seguir un tratamiento y un 20% mejoran con bajo peso.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

BULIMIA

Inicio más tardío que la anorexia. Tienen normopeso o ligero sobrepeso. Suelen haber presentado previamente otros TCA. Suelen tener mayor conciencia de enfermedad que las que sufren anorexia, por lo que es más fácil que reconozcan el trastorno. Hay mayor comorbilidad con trastornos afectivos, abuso de sustancia y trastornos de personalidad que en la anorexia.

Los periodos de remisión superiores a 1 año, suelen asociarse a un mejor pronóstico.

Tiende a la cronicidad, con periodos de normalidad y recaídas.

- Atracones recurrentes.
- Conductas compensatorias inapropiadas (vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno, ejercicio excesivo) al menos 2 veces a la semana y durante al menos 3 meses.
- Factores predisponentes:
 - Culturales
 - Historia personales o familiar de sobrepeso.
 - Historia de abuso sexual en la infancia
 - Familia desestructurada

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

BULIMIA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. Episodios recurrentes de atracones de comida. Se caracteriza por:
 - Ingesta de una cantidad de alimentos superior al de la mayoría de personas.
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
2. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso.
3. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados producen al menos una vez a la semana durante 3 meses.
4. La autoevaluación se ve influida (indevidamente) por la constitución y el peso corporal.

Consecuencias: No son debidas a la denutrición, sino a las conductas de purga.

- ✓ **Trastornos hidroelectrolíticos:** hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocloremia y alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes), hiperamilasemia.
- ✓ **Trastornos digestivos:** parotiditis, pérdida del esmalte dental y caries, esofagitis. .
- ✓ **Signo de Russell**



PREVENCIÓN Y SITUACIONES DE VIOLENCIA

Maltrato infantil es "Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que se da mientras el niño se encuentra bajo custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier persona que le tenga a su cargo"

- Cualquier comportamiento que provoque daño o enfermedad físico o que ponga en riesgo de padecerlo. Existe intencionalidad de infringir un perjuicio en el menor de forma activa.

MALTRATO
FÍSICO O POR
ACCIÓN



- Acción, actitud o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional adecuado para el desarrollo físico y psíquico que le permita lograr la independencia. (ignorar, distanciamiento, desapego, privación de afecto, gritos, enfurecimiento- maltrato emocional activo- emborracharse, drogarse...

MALTRATO
EMOCIONAL



- Omisión de la acción necesaria para atender el bienestar (psíquico y físico). No proporcionar una alimentación adecuada, descuidar las necesidades de vestido, calzado, higiene. No atender necesidades educativas. Trascorrir largos periodos por parte de padres/tutores. Accidentes domésticos

NEGLIGENCIA



- Imposición de comportamiento de contenido sexual, por parte de una persona hacia el niño, en desigualdad de poder, a través de engaño, mentira o uso de fuerza.
- Los abusadores, suelen ser conocidos o familiares.

ABUSO SEXUAL



INDICADORES FÍSICOS Y COMPORTAMENTALES



CONSECUENCIAS

Físicas

- Contusiones y hematomas
- Quemaduras y escaldaduras
- Lesiones oculares
- Laceraciones y abrasiones
- Fracturas
- Traumatismos abdominales y torácicos
- Intoxicaciones
- Asfixia
- Lesiones del sistema nervioso central
- Síndrome de Munchausen por analogía

Salud sexual y reproductiva

- Embarazo no deseado
- ITS
- VIH/SIDA
- Aborto
- Repercusiones de morbilidad relacionada con la salud sexual y reproductiva

Emocionales / de comportamiento

- Autoestima insuficiente
- Hiperactividad
- Traumatismos autoinfligidos
- Dificultad para relacionarse con sus pares
- Sentimientos de vergüenza o culpabilidad
- Trastornos somáticos
- Deterioro del rendimiento escolar
- Trastornos de la alimentación
- Depresión, ansiedad
- Abuso de drogas / alcohol

A largo plazo

- Repercusiones sobre el desarrollo
- Discapacidad
- Trastornos de la alimentación
- Trastornos del sueño
- Abuso de drogas / alcohol
- Depresión, ansiedad
- Delincuencia, comportamiento violento
- Autodestructividad
- Comportamiento arriesgado
- Consecuencias a largo plazo sobre la salud reproductiva
- Disfunciones sexuales
- Incremento del riesgo de victimización a lo largo de la vida
- Incremento del riesgo para reproducir la violencia en la edad adulta

Mortales

- Homicidio
- Suicidio
- Infanticidio
- Mortalidad debida a efectos adversos relacionados con el embarazo, parto y posparto
- Mortalidad asociada a otras lesiones

Fuente: adaptada de Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores (1999: Ginebra, Suiza)

ACTUACIÓN



ACTUACIÓN

UBICAR EN UN ESPACIO AMIGABLE, CON GARANTÍAS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL, Y SEGUIR

NOTIFICACIÓN

INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

REGISTRO E INFORMES

COORDINACIÓN

CRITERIO DE URGENCIA

- Episodio reciente de violencia sexual (≤ 72 horas excepto penetración vaginal en púberes, donde se amplía a 7-10 días).
- Existe, ha existido o podría existir riesgo vital:
 - Riesgo de muerte
 - Existe grave impacto para la salud por la presencia de lesiones o enfermedades
 - Las lesiones o enfermedades requieren tratamiento hospitalario
 - Las lesiones o enfermedades pueden dejar secuelas
 - Existe gran afectación psicológica o riesgo de suicidio
- Está en riesgo de desprotección frente a la violencia:
 - No existe la adecuada actitud o capacidad familiar de protección para modificar o impedir la situación de maltrato o violencia.
 - Negligencia reiterada con daño o riesgo para la salud.
 - No ofrecen explicaciones lógicas sobre los posibles autores o sobre los mecanismos de producción de las lesiones.
 - Se sospecha que el familiar sea autor o autora de las lesiones, de la violencia sexual o de cualquier forma de maltrato.

A QUIÉN

Servicios sociales
Juzgado, fiscalía, forense
FFCCSS

CÓMO (DOCUMENTO)

Hoja de notificación
Parte de lesiones

URGENTE (CUMPLE ALGÚN CRITERIO)

Entidad Pública de Protección a la Infancia
+/- Juzgado/Fiscalía
FFCCSS

TELÉFONO

CUÁNDO

ORDINARIO (NO CUMPLE CRITERIOS)

Servicios Sociales Municipales
+/- Juzgado/Fiscalía
FFCCSS

TELEMÁTICO / TELÉFONO

PLAN DE INTERVENCIÓN CONSENSUADO

- Prevención de victimización secundaria.
- Anamnesis y exploración coordinadas.
- Asistencia clínica: lesiones físicas y emocionales.
- Protección, apoyo y acompañamiento.
- Información y consentimiento.
- Toma de muestras.
- Seguimiento hasta la recuperación de la víctima.

CRITERIOS DE INGRESO

- Necesidad de valoración especializada, pruebas o estudios clínicos o tratamiento en un servicio hospitalario.
- Necesidad de protección inmediata.
- * El ingreso en ocasiones puede ser involuntario, vía judicial.

Historia Clínica

- Informe clínico
- Informe social
- Informe forense

- Entre niveles y unidades asistenciales del sistema sanitario, en particular con el equipo de Atención Primaria responsable de la atención del niño, niña y adolescente, y salud mental si lo precisa.

- Servicios sociales
- Juzgado, fiscalía
- Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
- Educación
- CCAA

SE RECOMIENDA QUE SEA TRABAJO SOCIAL SANITARIO QUIEN COORDINE EL PROCESO

EL *BULLING*

El acoso escolar es una situación de violencia física o mental de forma mantenida que se desarrolla en el ámbito escolar.

El acoso escolar incluye:

- ✓ **Maltrato físico sin provocación por parte de la víctima** directo (golpear, empujar o escupir) o indirecto (esconder, robar o romper pertenencias)
- ✓ **Maltrato verbal** directo (poner mote, insultar, burlas) o indirecto (hablar mal de alguien o difundir bulos)
- ✓ **Exclusión** directa (apartar o impedir participar) o indirecta (ignorar).
- ✓ Desigualdad de fuerzas.
- ✓ Incidentes repetidos a lo largo del tiempo.
- ✓ Intencionalidad

NO EXISTE UN PERFIL CONCRETO DE VÍCTIMA O DE ACOSADOR.
La singularidad y la oportunidad son dos circunstancias que pueden poner el foco en la víctima

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Prevención de detección y factores de riesgo e identificación de las situaciones de violencia doméstica, social o escolar.

Educación m/paterna

Estar atento a señales de alerta: somatizar (dolores de cabeza, de barriga sobre todo los domingos...), pesadillas/insomnio, cambios de comportamiento, tener miedo a ir al centro escolar, perder material o ropa. Estrés postraumático o acciones suicidas.

Conocer como es la relación o la comunicación de los adolescentes en el ámbito familiar, amigos o compañeros.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Situación de alto riesgo por la falta de preparación física y mental

- ✓ En 2019 se calculan 21 millones de embarazos, de los que el 50% eran no deseados (En países de ingresos medios/bajos).
- ✓ 2020 se estima que 120 millones de niñas menores de 20 años han sufrido algún contacto sexual forzado.
- ✓ 2º Causa de mortalidad en chicas entre 15 y 19 años.
 - ✓ Relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos. Por iniciativa propia o porque no tienen fácil acceso.
 - ✓ Uso erróneo o equivocado de los mismos.
 - ✓ El matrimonio adolescente y el rol tradicional que algunas sociedades todavía asignan a las mujeres.

FACTORES DE RIESGO

- ✓ El embarazo en la adolescencia tiende a ser mayor en personas con menos educación o de bajo estatus económico.
- ✓ Otros factores de riesgo: acceso a una educación sexual integral, a distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Consecuencias

El embarazo durante los primeros años después de la pubertad aumenta el riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, hemorragia posparto, hipertensión (preclampsia) relacionada con el embarazo y afecciones debilitantes durante toda la vida, como la fístula obstétrica. Son además más vulnerables a otros resultados negativos para la salud materna por los partos frecuentes, los embarazos no planeados y los abortos inseguros.

Los bebés que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer muertos, prematuros o con bajo peso y corren mayor riesgo de morir en la infancia, debido a la corta edad de la madre. También pueden verse afectados de dificultad de aprendizaje, de insercción social y fracaso escolar.

Prevención

Limitar el matrimonio antes de los 18 años y retraso en la vida sexual.

Fomentar el uso de anticonceptivos

Reducción la relaciones bajo coacción.

Buena educación sexual, fomentar el acceso a información a gramn escala.

Creación de programas y servicios de salud pública

ADICIONES TECNOLÓGICAS

CUANDO TOCAS TU BOLSILLO



Y NO ENCUENTRAS TU MÓVIL

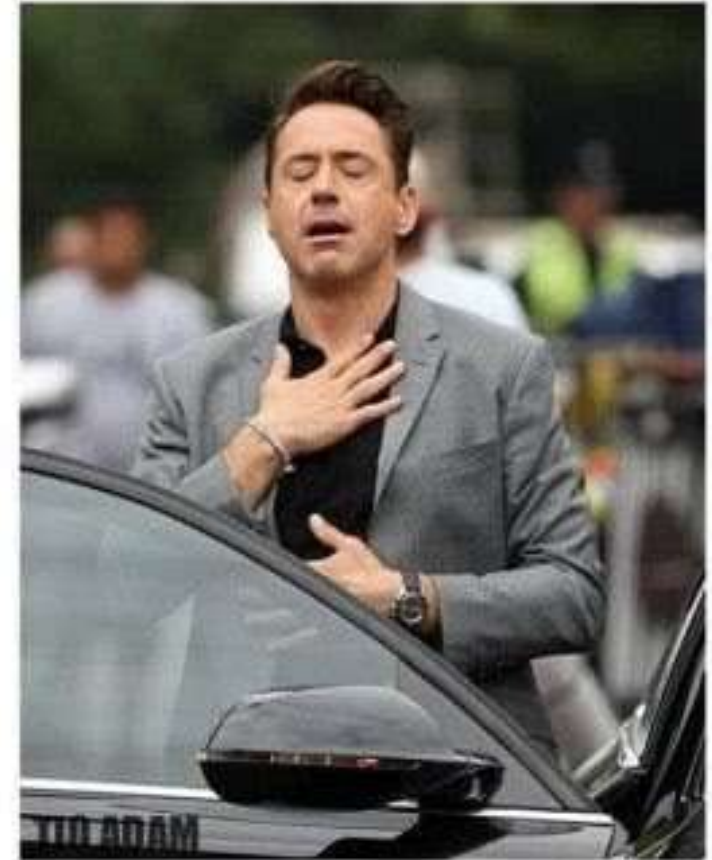
**CUANDO
PIERDES TODO**



PERO TU CELULAR NO

memegenerator.es

ESOS MOMENTOS EN LOS QUE NO **SABES DONDE
ESTA TU CELULAR, Y POR FIN LO ENCUENTRAS**



ADICIONES TECNOLÓGICAS

Se considera dependencia de nuevas tecnologías al uso excesivo de las funciones que tiene que cumplir o que afecte a la actividades de la vida cotidiana.

Existen test como CDTM (Chóliz y Villanueva, 2008) en los que se evalúan items como disponibilidad del móvil, tiempo de llamadas, mensajes, llamadas perdidas y gasto mensual.

Razones de **aumento de consumo**: por autonomía, identidad y prestigio, uso de aplicaciones tecnológicas y tiempo de ocio, relaciones sociales, y las propias características de los adolescentes.

Consecuencias: Disminución del rendimiento escolar (horas de sueño, estudio/ocio, distracción en el aula), Aislamiento social y familiar (cultura del dormitorio), pérdida de aprendizaje natural de las relaciones sociales, abuso contra la intimidad, aumento del sedentarismo.

Mantener un ambiente dialogante en clase
Horarios en uso de pantallas y que sea en lugares comunes
Retrasar la edad de inicio de nuevas tecnologías
Educar en pensamiento crítico
Observar el comportamiento respecto al móvil

EL SUICIDIO

Datos informativos

- ✓ Es la segunda causa de muerte en las sociedades occidentales, por detrás de los accidentes de tráfico.
- ✓ Son más frecuentes entre las adolescentes, pero se consuman, hasta 4 veces más en varones.
- ✓ Gran impacto entre el ámbito familiar, social, educativo y sanitario por no haber podido ayudar a tiempo.
- ✓ La línea 024 de atención a la conducta suicida del ministerio sanidad que también esta disponible para allegados y familiares



Ofelia.



Romeo y Julieta. 1996

EL SUICIDIO

Factores de riesgo

- ✓ Antecedentes de intentos de suicidio; depresión, otros trastornos mentales o trastorno por consumo de sustancias;
- ✓ Dolor crónico;
- ✓ Antecedentes familiares de un trastorno mental o por consumo de sustancias; antecedentes familiares de suicidio.
- ✓ Exposición a violencia familiar, lo que incluye abuso físico o sexual; presencia de pistolas u otras armas de fuego en el hogar; liberación reciente de la prisión o la cárcel.
- ✓ Exposición a comportamientos suicidas de familiares, o amigos y celebridades (romantizar el suicidio)

«Vive rápido, muere joven y deja un bonito cadáver» Humphrey Bogart en "Llamad a cualquier puerta"

EL SUICIDIO

Prevención= Detección precoz

Hablar de querer morir o desear matarse, por sentirse vacío o no tener motivos para vivir.

Hablar de sentirse atrapado o pensar que no hay ninguna solución.

Sentir un dolor físico o emocional insoportable.

Hablar de ser una carga para los demás y alejarse de familiares y amigos.

Regalar posesiones importantes.

Decir adiós a amigos y familiares y poner sus asuntos en orden, como hacer un testamento.

Asumir grandes riesgos que podrían resultar en la muerte, como conducir extremadamente rápido.

[Corto Prevención del Suicidio](#)
[#YoSíHablodelSuicidio](#)

EL ADOLESCENTE INMIGRADO

La inmigración en niños y adolescentes acarrea no solo problemas físicos y sociales sino también psicológicos

Físicos	<ul style="list-style-type: none">- Patologías infecciosas.- Anemias por déficit nutricional o hipovitaminosis.- Hemoglobinopatías y déficit de G6PD (frecuente en la raza negra).- Malformaciones, valvulopatías o miocardiopatías (no diagnosticadas debido a las carencias sanitarias).- Ausencia de vacunaciones.- Problemas como consecuencia de los viajes en malas condiciones higienicosanitarias.
Sociales	<ul style="list-style-type: none">- “Niños de la calle”: muchos viajan solos en busca de oportunidades.- Bajo rendimiento escolar por dificultades como en el idioma.- En el aspecto laboral: contratos precarios asumiendo riesgos laborales.- Conflictos entre creencias o tradiciones y hábitos en el país de recepción.- En ocasiones, pertenencia a bandas violentas (por ejemplo, en algunos grupos de población latina).- Influencia de la cultura de origen y la falta de información que redundan en la actividad sexual y en la importancia de tener descendencia.- Conducta alimentaria marcada por características culturales (por ejemplo, el ramadán).
Psicológicos	<p>Las actividades preventivas son esenciales en estas situaciones en las que los jóvenes deben resolver numerosos conflictos:</p> <ul style="list-style-type: none">- En ocasiones deben asumir responsabilidades que no son propias de su edad (muchos desempeñan el papel de cabeza de familia).- Sufrimiento de muchos tipos de pérdidas (cultura, familia, tierra o estatus social), que se denomina duelo migratorio.- El síndrome de Ulises del inmigrante consiste en un cuadro de estrés crónico y múltiple que se manifiesta con síntomas como: tristeza, llanto, sentimientos de culpa, tensión, nerviosismo, cefalea, fatiga, irritabilidad, etc., entre otros.

EL ADOLESCENTE INMIGRADO

Carmen, Tchamba y Saúl: tres historias de superación gracias a la FP

Tres alumnos del CIFP Montecelo logran dos medallas de oro en las Galiciaskills superando el fracaso escolar y un duro viaje desde Mali ► Otro estudiante, Jorge, a punto estuvo de conseguir una plata



La historia de Tchamba es todavía más dura, lo que ahora **no borra la sonrisa de su cara**. Llegó a España con 13 años, sin su familia, en patera y sin saber ni palabra de castellano, idioma que ahora habla como uno más. En estos tres años vivió en Canarias y en Galicia, precisamente al lado, en Príncipe Felipe. "Sabíamos que era difícil pero también que podíamos hacerlo y salió bien", dice convencido. "Después de darnos los planos ya no estábamos nerviosos". Confiesa que su primera opción para dar el salto a la FP era Mecánica, pero la vida lo llevó por otro camino. "Me divierto mucho más" con la jardinería". Está feliz. Y su familia, en Mali, también. "Están muy orgullosos de que sea campeón. No lo esperaban".



Los niños hospitalizados

CARACTERÍSTICAS:

- La percepción de la enfermedad y hospitalización en la infancia es tremendamente **variable**. Depende de la **fase vital** en la que se encuentre el niño como sus **experiencias previas**.
- La infancia se trata de un periodo lleno de cambios, por lo que habrá una **gran variabilidad en las conductas** de los pacientes infantiles.
- En general, la hospitalización supone una **experiencia traumática** a cualquier edad.
- Conocer cada una de las peculiaridades de esta percepción según la etapa vital nos ayudará a proporcionar unos cuidados individualizados y de calidad.

En general, la hospitalización en esta etapa presenta las siguientes **emociones y respuestas comunes**:

- **Soledad, aislamiento y miedo al abandono**: por separación de los cuidadores, especialmente en niños menores de 4 años.
- **Pérdida de control y autonomía**: en el niño pequeño puede desencadenar actitudes como rabietas incontroladas, mal humor, conductas pasivas como falta de interés o pasotismo.
- **Miedo al dolor y daño físico**
- **Miedo ante lo desconocido**: el hospital es un ambiente extraño para el niño que provoca miedo y ansiedad.

ACTIVIDAD:

¿Cómo podremos minimizar estos sentimientos en el niño?



Escribe en tu cuaderno 2 medidas que llevarías a cabo en una planta de pediatría para minimizar cada una de las respuestas anteriormente citadas.

RESOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

¿Cómo podremos minimizar estos sentimientos en el niño?

SENTIMIENTO	MEDIDAS
AISLAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Permitir el acompañamiento (puertas abiertas 24h)• Permitir las visitas
PÉRDIDA CONTROL Y AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none">• Realizar los procedimientos con colaboración, buscando la cooperación.• Explicar los procedimientos que se van a llevar a cabo.
MIEDO AL DOLOR	<ul style="list-style-type: none">• Explicar los procedimientos con sinceridad (no engañar).• Investigar temores y corregir ideas erróneas.
AMBIENTE EXTRAÑO Y DESCONOCIDO	<ul style="list-style-type: none">• Presentarnos ante el niño.• Investigar temores y corregir ideas erróneas.• Permitir objetos personales

VER VÍDEO:

[Las reglas del juego \(La vida es Bella\)](#)

[La Estación espacial](#)

https://www.youtube.com/watch?v=LgVa66ECgPE&ab_channel=HumanaMente