

---

---

Guías para padres de la Unidad de Salud Mental Infanto-  
Juvenil de Almería

**TRASTORNO BIPOLAR  
EN  
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

---

---

**Joaquín Díaz Atienza  
Pilar Blázquez Rodríguez**

---

---

## Introducción

Existen una serie de enfermedades paidopsiquiátricas<sup>1</sup> que, hasta hace escasos años, no eran admitidas en la infancia. Debido a estudios más sofisticados y con unos planteamientos metodológicos más correctos, en la actualidad su admisión por parte de los especialistas es algo indiscutible. De hecho, su diagnóstico y tratamiento se debe realizar por un psiquiatra infantil o algún otro profesional con una gran experiencia en esta enfermedad. No nos sorprendería que, antes de disponer de esta guía, su hijo/a haya sido diagnosticado de cualquier otro problema psicológico o paidopsiquiátrico

Con esta guía pretendemos ayudar a los familiares y profesores de los niños y adolescentes con enfermedad bipolar a comprender los vaivenes en las emociones y conductas característicos de este problema médico, tan desconcertantes para los que conviven con el niño, sean padres, profesores o compañeros.

A lo largo de ese folleto iremos explicado en qué consiste, cuales son sus síntomas y como tratarla, tanto médica como psicosocialmente, incluyendo los imprescindibles reajuste familiares y escolares.

## Definición

Entendemos por enfermedad bipolar<sup>2</sup> una enfermedad importante, seria y tratable, debido a causas cerebrales, posiblemente genéticas, cuya característica fundamental son los cambios bruscos en el estado de ánimo, aunque con alteraciones, igualmente, en la conducta general del niño.

Lo importante es que hoy día el diagnóstico correcto y precoz de este serio problema médico comporta la prescripción de un tratamiento que va a minimizar con toda seguridad las graves consecuencias de la no intervención. No solo porque disponemos de una serie de fármacos cada vez más eficaces y con menos efectos secundarios sino, igualmente, porque nos posibilita elaborar estrategias específicas de intervención psicosocial con la consiguiente prevención de conductas de riesgo para otros trastornos, sobretudo en la adolescencia. Del mismo modo, las consecuencias negativas intrafamiliares, escolares y de relación con sus iguales pueden ser minimizadas.

Por tanto, un primer consejo: lea atentamente esta guía y si le queda alguna duda sobre la enfermedad, o cómo actuar con su hijo o hija, no dude en consultar con el médico que le atiende.

## ¿Tiene mi hijo realmente una enfermedad bipolar?

Esta pregunta, por desgracia, se la suelen hacer los padres con más frecuencia de la que deberían. Existen varias razones para ello. La primera es debido a que, si bien la frecuencia en el adulto es de aproximadamente el 1-2 %, se trata de un trastorno relativamente infrecuente en la infancia y adolescencia y, la mayoría de las veces,

---

<sup>1</sup> La Paidopsiquiatría es lo mismo que psiquiatría infantil o infanto-Juvenil y es la especialidad médica que diagnóstica y trata los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia.

<sup>2</sup> También pueden leer psicosis maniaco-depresiva, ciclotimia, hipomanía etc..

tardíamente diagnosticado. De hecho, cada día aumenta la frecuencia en niños y adolescentes, pensándose que la única razón es la mayor capacidad de los profesionales para su diagnóstico.

Existen algunas afirmaciones de las Sociedades Científicas Internacionales que nos ponen sobre aviso: Se piensa que bastantes niños diagnóstico de [Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad](#), [Trastornos de Conducta](#) y [Otros cuadros disruptivos](#) son presentaciones, más o menos insidiosas, de un futuro trastorno bipolar. Igualmente, según la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, aproximadamente un tercio de los niños y adolescentes que han sido diagnosticados de [depresión](#) podrían padecer los síntomas incipientes de un futuro trastorno bipolar.

Estos datos nos indican lo importante que es para el clínico la experiencia y el conocimiento de esta enfermedad para llegar a un diagnóstico que comporta tratamientos específicos y más resolutivos.

Un segundo consejo: abandone la incertidumbre que venía padeciendo sobre el diagnóstico del problema de su hijo y siga los consejos que se le vayan dando.

### ¿Cuáles son los síntomas del Trastorno Bipolar?

Los médicos nos guiamos por unos criterios que son aceptados por todo el mundo: La DSM – en su IV Revisión de la Asociación Americana de Psiquiatría o la CIE en su 10ª Revisión que es editada por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, si bien estos criterios son claramente aplicables en la edad adulta, en niños y adolescentes resultan menos eficientes y válidos, ya que contemplan escasamente los aspectos evolutivos de la conducta del niño y del adolescente como algunas características clínicas típicas de los niños y adolescentes que servirían para excluir el diagnóstico en los adultos.

Justamente por ello nosotros diferenciaremos entre los síntomas que suelen aparecer en [los niños](#) y aquellos más propios de [la adolescencia](#). Hay que tener presente que no existe una diferenciación neta entre ambos, más bien es un continuum.

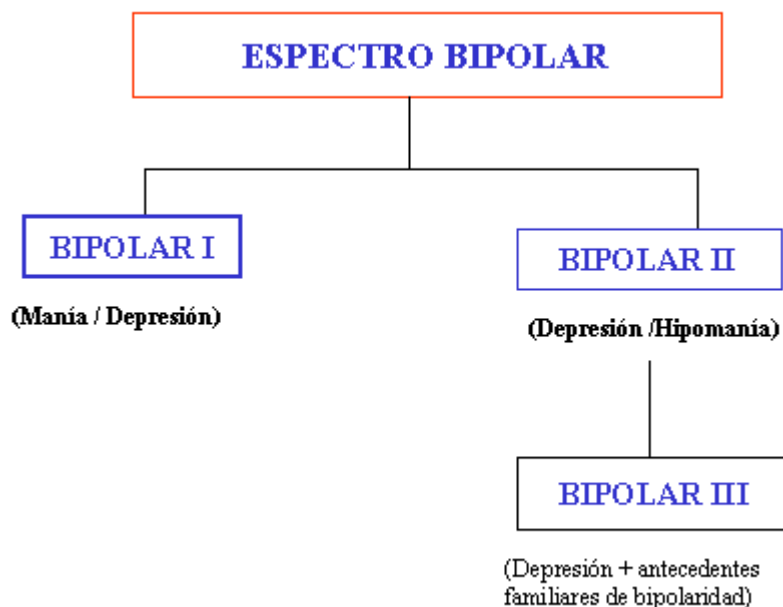
Pero antes de hablar de los síntomas, propiamente dichos, queremos describir los diferentes tipos que se contemplan en las clasificaciones anteriormente reseñadas.

#### [Sepamos antes a qué nos referimos con la denominación de Trastornos Bipolares](#)

Tal como pueden observar en la [Figura – 1](#), aparecen varios términos que deseamos aclarar. El **término depresión** indica la presentación de un estado de ánimo triste, baja energía, apatía, falta de interés, propensión al llanto y, en niños, irritabilidad, alteración del sueño y del apetito. Algunas veces, edad-dependiente, pérdida del control de esfínteres y conductas problema, como mayor desobediencia, retraimiento social e ideas de muerte. El **término hipomanía** se refiere a la presencia de un estado de ánimo expansivo, alegría excesiva, inquietud motora, oposicionismo, irritabilidad ante mínimas frustraciones, alteración del sueño (insomnio), alteración de apetito (comer mucho o, a veces, lo contrario, locuacidad. Es menos intensa que la **manía**. En ésta nos podemos encontrar, a veces, con síntomas psicóticos como delirio y/o alucinaciones, aunque en la infancia son más raros que en la adolescencia tardía y en el adulto. **La ciclotimia** se caracteriza por cambios bruscos de humor pero menos intensos.

Una vez aclarados estos aspectos terminológicos pasamos a describir cuales son los síntomas del trastorno bipolar haciendo especial énfasis en cómo suelen presentarse en niños y adolescentes

**Figura - 1**



### ¿Cómo se manifiesta el Trastorno Bipolar en niños?

Canto más pequeño es el niño, mayores son las dificultades de llegar a un diagnóstico correcto y, por tanto, mayores son las probabilidades de equivocarnos. Existe la propensión a confundir los trastornos bipolares con el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad o con Problemas de Conducta con las importantes consecuencias negativas que esto comporta para el tratamiento correcto.

En la infancia, contrariamente a lo que sucede en los adultos, las alteraciones del humor oscilan rápidamente. El niño suele presentar una mezcla entre los síntomas de manía y depresión, gran irritabilidad de forma más o menos continuada y permanente.

Síntomas que pueden presentarse son:

#### 1. Alteraciones del estado de ánimo:

1.1. Humor eufórico, irritabilidad o ambos.

1.2. Depresión: tristeza, llantos.

Estos cambios de humor suelen ser rápidos, durar desde horas a pocos días, pueden aparecer de forma explosiva y ser causa de difícil contención en casa.

#### 2. Síntomas de ansiedad:

2.1. Tensión, mayor nivel de vigilancia (expectante).

2.2. Si el niño es pequeño (5-7 años, aproximadamente), pueden presentarse episodios de ansiedad de separación, sobre todo en situación de estado de ánimo depresivo.

2.3. Menor número de horas de sueño. Si predomina la depresión, no es raro que se duerma demasiado.

3. Síntomas conductuales y cognitivos:
  - 3.1. Hiperactividad hasta episodios de agitación.
  - 3.2. Oposicionismo, negativismo.
  - 3.3. Desafío a la autoridad y desobediencia.
  - 3.4. Problemas de atención: distraibilidad.
  - 3.5. Pensamiento muy acelerado
  - 3.6. Puede emprender múltiples actividades que no llega a terminar termina.
  - 3.7. Conductas arriesgadas, como si intuyera el peligro y, a veces, la creencia de que tiene poderes “mágicos” como poder volar u otros.
  - 3.8. Conducta sexual desinhibida.
4. Alteraciones psicofisiológicas:
  - 4.1. Alteraciones del sueño: insomnio o somnolencia, terrores nocturnos y pesadillas..
  - 4.2. Alteraciones caprichosas con la comida.
  - 4.3. Enuresis

Estos síntomas no son constantes y no tienen por qué darse todos en el mismo niño.

Tercer consejo: si su hijo o hija, más o menos súbitamente, comienza a ser más irritable, más oposicionista y negativista, presenta problemas con el sueño y conductas temerarias, con momentos de alegría excesiva o retraimiento inexplicables, consulte con el psiquiatra infantil.

### ¿Cómo se manifiesta el Trastorno Bipolar en Adolescentes?

Aunque el trastorno bipolar suele presentarse en cualquiera de sus formas clínicas y con pocas diferencias de cómo suele hacerse en el adulto, esto no siempre es tan claro. Existen situaciones en donde la presentación de los síntomas pueden simular otros trastornos psiquiátricos y con cierta frecuencia ser confundidos con problemas conversivos, hasta que el cuadro se consolida definitivamente. Los problemas más frecuentes que se prestan a un error en el diagnóstico son:

#### **En niños:**

Trastornos de la conducta  
Trastorno oposicionismo-desafiante  
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad  
Trastorno de pánico  
Trastorno explosivo intermitente

#### **En adolescentes:**

Trastorno de personalidad límite  
Trastorno por estrés postraumático  
Psicosis agudas o esquizofrenia

Veamos a continuación cuáles son los síntomas más característicos en función del tipo de trastorno tal como lo reflejamos en la [figura –1](#).

#### **Bipolar I:**

Suelen presentarse episodios [alternativos](#) de depresión y manía de intensidad variable, en un mismo niños.

**Lo síntomas de depresión pueden manifestarse por:**

- Tristeza, llantos frecuentes o labilidad emocional.
- Estupor depresivo<sup>3</sup> que puede confundirse con síntomas histéricos por sus características clínicas y evolutivas.
- Ideas de suicidio o pensamientos reiterados sobre la muerte.
- Alteraciones del sueño (insomnio o excesiva somnolencia)
- Alteraciones del apetito, normalmente anorexia.
- Irritabilidad.
- Decaimiento psicofísico generalizado.
- Cuando no es excesivamente aguda, puede manifestarse por malos resultados escolares o por cambios en la relación social.

**Los síntomas de la manía pueden presentarse por:**

- Humor elevado, euforia desmedida e injustificada.
- Irritabilidad excesiva, o cambios bruscos.
- Verborrea o excesivamente hablador (a veces se salta de un tema a otro de forma precipitada).
- Alteración del sueño (insomnio).
- Inquietud psicomotora que puede llegar a la agitación .
- Delirio de grandeza y de omnipotencia.
- Pensamiento superficial.
- En los casos más graves, pueden aparecer alucinaciones.
- Pérdida del apetito o, por el contrario, incremento del mismo.
- Desinhibición sexual con riesgos importantes.

Puede haber entre ambos episodios periodos de absoluta normalidad o, lo más frecuente, de normalidad relativa.

### **Bipolar II:**

En esta forma clínica lo característico son la presentación de episodios de hipomanía intercalados en episodios depresivos recurrentes. Este aspecto de presentación es lo más relevante de esta modalidad, junto a la menor intensidad de los episodios expansivos ( véase hipomanía).

### **Ciclotimia:**

Los adolescentes que sufren de ciclotimia experimentan cambios del humor, tal como se han descrito anteriormente pero de una intensidad mucho menor. Hay que tener especial cuidado de no confundirlos con el trastorno límite de la personalidad.

Cuarto consejo: Si su hijo o hija presenta tres o más síntomas de los mencionados arriba con una duración mayor de dos semanas debería consultar con un especialista en psiquiatría infantil o, si no existiera este profesional en su medio, con un profesional especializado en problemas psicopatológicos en la edad infanto-juvenil. **NO OLVIDE QUE UNA INTERVENCIÓN A TIEMPO ES FUNDAMENTAL.**

---

<sup>3</sup> Estupor depresivo: inhibición motora muy marcada. Hemos visto a algunos adolescentes permanecer casi inmóviles durante días en la cama, sin querer comer o beber del que han salido súbitamente de forma inexplicable.

## **¿Cuáles son las causas del Trastorno Bipolar?**

### **Antecedentes familiares:**

Hoy se admite que, en la presentación de esta enfermedad, existe un gran componente genético, aunque esto no está bien determinado y siendo la norma una gran variabilidad entre los sujetos que la padecen. De otra parte, las circunstancias psicosociales que rodean a la presentación de la enfermedad también son importantes para el tratamiento correcto, en la medida que tienen una influencia significativa sobre el curso de la misma. El riesgo que se ha estimado varía de unas investigaciones a otras. Sin embargo, hay una serie de constataciones epidemiológicas que vienen a apoyar su etiología genética: El hecho sorprendente de que hoy existe una mayor incidencia de este trastorno en la edad infanto-juvenil, adelantándose en la presentación unos diez años sobre la edad de presentación en sus padres. Se estima que la incidencia es del 1-6% si se incluyen tanto a las formas clásicas como leves.

Cuando uno de los padres padece de Trastorno Bipolar el riesgo en alguno de sus hijos es del 15 al 30%, si lo padecen ambos padres, el mismo se eleva al 50-75%.

Los estudios en gemelos monocigóticos han puesto en evidencia un riesgo del 70%, entre hermanos y gemelos dicigóticos es del 15-25%.

Por tanto, si bien se ha puesto en evidencia el rol de la genética en la presentación del trastorno bipolar, esta no explicaría al 100% la presentación del trastorno.

### **Consumo de drogas y Trastorno Bipolar**

Se tiende precipitadamente a relacionar el consumo de drogas y alcohol como factores desencadenantes del Trastorno Bipolar. Esta opinión popular se sostiene porque no es difícil encontrar la asociación entre el consumo y el trastorno. Sin embargo, lo que pudiera suceder es que la presentación del trastorno en edades como la pubertad, sea el auténtico factor de riesgo para el consumo de drogas.

Por ello cuando en un púber aparece el consumo o existen conductas de riesgo para ello, sería muy conveniente que se realizara una valoración psiquiátrica que descartara no solamente el inicio de un trastorno bipolar, sino otra serie de trastornos que pueden estar en la base del consumo. Esto es especialmente cierto cuando esta conducta aparece en un púber que ha venido presentando una conducta normal.

### **Ventajas de un diagnóstico precoz**

Es bastante habitual que el diagnóstico se demore excesivamente con las consiguientes consecuencias negativas para el niño y su familia. Igualmente, también es habitual que se haya hecho un recorrido de profesionales con escasa experiencia para el diagnóstico de este trastorno con idénticas consecuencias, ya que el trastorno empeora.

No es difícil que el motivo de consulta especializada se deba fundamentalmente a las consecuencias: expulsión del colegio, problemas con la justicia, efectos secundarios a medicación o intervenciones psicoterapéuticas incorrectas, intentos de suicidio, abuso de drogas, accidentes, embarazos o actividad sexual inapropiada para la edad.

No olvidar que el diagnóstico de Trastorno Bipolar entre algunos profesionales, debido a la edad del niño, no es admitido. Sin embargo, si tenemos en cuenta los datos científicos, información de la familia y, sobretodo, respuesta positiva, incluso espectacular, al tratamiento correcto y los estudios de seguimiento que se han realizado, **HOY DÍA NO ES DISCUTIDO** por la mayoría de la comunidad científica.

### **¿Cómo encontrar el lugar y al profesional más conveniente?**

Debe ser un psiquiatra infantil el que diagnostique y trate a su hijo. Hoy no es difícil que en su zona geográfica existan especialistas en esta disciplina, aunque sean pocos los que realmente posean la especialidad debido a que no existe en nuestro país. Existen compañeros con años de experiencia que son igualmente competentes. Estos se encuentran en las Unidades o Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil de su provincia. Para ser especialista en psiquiatría infantil se necesita ser médico especialista en psiquiatra de adultos y completar dos años más de residencia específica en psiquiatría infantil.

Al final de este documento se da una relación de las distintas unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en cada una de las provincias andaluzas.

Nosotros recomendamos a los padres una serie de indicaciones a la hora de buscar un médico para tratar el problema de su hijo:

- Que tenga una amplia experiencia en trastornos del humor en niños y adolescentes.
- Que tenga amplios conocimientos de psicofarmacología pediátrica.
- Que esté dispuesto a desarrollar un tratamiento bio-psico-social y no limitarse a la prescripción farmacológica. Es decir, que sepa organizar las intervenciones en el ámbito escolar.
- Que sea capaz de establecer una relación positiva con el niño.

## **TRATAMIENTO**

### **El papel de los padres**

Cuando los padres han detectado un problema y deciden consultar con el médico, deberían llevar consigo una información lo más detallada posible de los cambios que han observado. Esta información es fundamental para el diagnóstico, y máxime, cuando algunos no presentan una clínica lo suficientemente florida como para emitirlo con certeza. De hecho una evaluación diagnóstica no dura menos de dos o tres entrevistas.

Los padres necesitan trabajar en estrecha relación con el médico que atiende a su hijo. Se trata de una enfermedad que cursa de forma crónica, con recaídas y recuperaciones. Por esto es imprescindible que los padres se involucren totalmente en el tratamiento. En la medida que esto se consigue, podemos reducir el número de episodios, que estos aparezcan con menor intensidad y que las repercusiones negativas sobre la vida social y escolar del niño sean menores o nulas.

La mejor forma para poder colaborar es tener un conocimiento lo más exhaustivo posible de la enfermedad. Lea todo cuanto esté a su alcance. Igualmente debe participar



en los grupos de padres que se organicen en su lugar de residencia. Es muy útil conocer cuales son las dificultades que otros padres presentan en relación a la convivencia con sus hijos y como otras familias han llegado a solucionarlas.

En la **Figura – 2** se recogen los factores que favorecen un buen pronóstico y los que pueden condicionarlo negativamente.



Todos, padres, educadores y profesionales sanitarios, deberíamos trabajar conjuntamente en la línea de implementar un tratamiento integral que minimice los efectos adversos del Trastorno Bipolar.

### Medicación

Desgraciadamente, por prejuicios incomprensibles , los ensayos clínicos en niños y adolescentes casi brillan por su ausencia. Por suerte, durante estos últimos años se han realizado algunos de cuyos resultados hay miles de niños que hoy se están beneficiando. Respecto al trastorno bipolar y el tratamiento farmacológico, que el autor conozca, no hay ensayos clínicos controlados. Por tanto, los psiquiatras infantiles nos vemos obligados a adaptar las prescripciones que se han mostrado eficaces en el adulto a la edades infanto-juveniles.

Todo esto da lugar a que tengamos que prescribir con cierta incertidumbre y siempre basándonos en los resultados que vamos obteniendo para mantener, adaptar o cambiar la medicación. **TODO ESTO A PESAR QUE ESTÁ DEMOSTRADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA UTILIDAD PRIORITARIA DE LA MEDICACIÓN EN**

**EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR.** Más aún, los otros tratamientos quedan, en bastantes ocasiones, supeditados a las mejorías conseguidas previamente con la medicación.

Esto es muy importante que los familiares lo conozcan, ya que bastantes veces se necesita de un tiempo de semanas e incluso meses para llegar a encontrar el mejor tratamiento para cada paciente con la consiguiente angustia que esta demora supone para los padres. Si usted presenta dudas, debe plantearse a su médico, demande que éste le aclare todas sus dudas respecto a la medicación, ya que un aspecto importante es su consentimiento.

No se deje llevar por prejuicios tan en boga acerca de los efectos indeseables o peligrosos de la medicación. Busque un médico que le ofrezca confianza y siga sus consejos. No olvide que existe una alta mortalidad por suicidio debido a esta enfermedad psiquiátrica (alrededor de un 18 – 20 % en pacientes no tratados).

### **¿Cuáles son los medicamentos que se utiliza?**

El tratamiento de fondo consiste en la prescripción de **ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO O DEL HUMOR**. Existe algunos clásicos que han demostrado su eficacia en observaciones clínicas y otros más novedosos que, si bien su eficacia no está tan bien comprobada, presentan menos efectos secundarios.

1. El más estudiado es el **LITIO (Plenur)**. Su Eficacia para prevenir las recaídas en la manía y la depresión está ampliamente demostrada. Igualmente, se ha visto su eficacia en la prevención del suicidio. Aunque esto es una opinión personal, considero que es mejor iniciar el tratamiento con otros estabilizadores y cambiar o no al litio en función de la calidad de la respuesta terapéutica.
2. El **VALPROATO SÓDICO (Depakine)**. Es uno de los antiepilépticos más utilizados en los Trastornos Bipolares, habiendo demostrado su eficacia como estabilizador del ánimo. En la infancia y adolescencia se utiliza con preferencia al litio. Igualmente, es un medicamento bien tolerado.
3. La **CARBAMACEPINA (Tegretol)**. De igual uso que el anterior. También ha demostrado su eficacia. Normalmente se elige la carbamacepina cuando existen episodios de auto- heteroagresividad asociados al Trastorno Bipolar.
4. El **TOPIRAMATO (Topamax)**. Un nuevo antiepiléptico que viene demostrado su eficacia, aunque faltan ensayos clínicos controlados en la infancia. Tiene la ventaja frente a los anteriores de que no produce ganancia de peso, aspecto psicológico muy importante en la adolescencia.
5. También se están utilizando los **BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO**. Parece Que actúan como estabilizadores del humor.

Sin embargo, en determinados momentos de la enfermedad bipolar, también debemos prescribir **OTRAS MEDICACIONES**. Cuando aparecen síntomas de excitabilidad, irritabilidad e inquietud psicomotora importante, suelen prescribirse los **NEUROLÉPTICOS** (Risperdal, Zyprexa, y otros). Los padres deben conocer que estas medicaciones son necesarias en algunos momentos evolutivos de la enfermedad y que, igualmente, presentan algunos efectos secundarios como son la sedación y la ganancia de peso.

Según el estado de ansiedad de los pacientes, se suelen utilizar los ansiolíticos, normalmente benzodiazepinas, ya que producen mejoría en la inquietud psicomotora y suelen regularizar el sueño.

Por último, en otras ocasiones también pueden ser útiles los antidepresivos. Hoy día suelen prescribirse los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, seropran etc...

## **Tratamiento psicosocial**

### **1. Orientación familiar.**

Los padres deben tener un conocimiento lo más exacto posible de la enfermedad de su hijo/a. Se debe trabajar con ellos con el objetivo de que pierdan los miedos y que puedan colaborar el tratamiento a través de la comprensión de los “problemas de conducta” y los inexplicables cambios de humor tan característicos de estas enfermedades. En líneas generales deberían:

- Actitud firme ante las rabietas y otros desajustes conductuales de su hijo.
- Ser tolerante con aquellos problemas que no sean realmente importantes. Procurar no establecer espirales coercitivas que no llevarán a ningún sitio positivo. Hay que tener presente que su hijo/a presenta serias dificultades para controlar su conducta y emociones.
- Crear un ambiente relajado en el ámbito intrafamiliar.
- Aprender a relajar a su hijo con alguna técnica sencilla.
- El funcionamiento familiar (actividades), no debe ser excesivamente rígido, aunque sí manteniendo unos límites claros.
- A veces, la escucha de música relajante, sobretodo en los momentos de mayor inquietud, puede resultar eficaz.
- Evitar los objetos y las situaciones peligrosas.

### **2. Intervención escolar.**

Es muy importante considerar al colegio en el tratamiento integral de los niños y adolescentes con trastornos bipolares. Es habitual que cuando se desencadena la enfermedad el paciente tenga que dejar momentáneamente el colegio, hasta que consigamos los reajustes suficientes. Por ello, se deben establecer contactos periódicos con el / la orientador del centro, tanto para sensibilizar a sus profesores como para preparar la vuelta al colegio.

Todo esto es necesario porque el paciente debe incorporarse al colegio lo antes posible y son necesarios algunos reajustes: como incorporación progresiva, actitudes de los profesores frente a las dificultades que inicialmente pueda presentar ya que, independientemente de su inestabilidad emocional y/o conductual, también va a presentar los efectos secundarios de la medicación lo que necesitará de un Plan Individualizado. Se recomienda que ante comportamientos que, en principio, pudieran parecer inadecuados, se contacte con el médico del/la paciente para precisar qué se debe a la enfermedad y qué pueden ser beneficios secundarios.

En los centros que acumulan experiencia con estos pacientes se realizan una serie de adaptaciones que exponemos a continuación:

- Evaluar las posibilidades psicopedagógicas del alumno.
- Si el/la paciente presentaba anteriormente dificultades en el rendimiento, habrá que ajustar el ambiente escolar y académico a esta nueva situación desencadenada por la enfermedad.
- Deben establecerse mecanismos suficientes de comunicación entre el colegio y la familia. Se deberán comunicar todas las incidencias. Igualmente, estos mecanismos de comunicación / coordinación deben existir entre el médico y el/la orientador del centro escolar.
- Adaptar las entradas y salidas en base a la situación psicopatológica del paciente.
- Incorporar al paciente a un aula que reúna las mejores condiciones de tranquilidad. No se recomienda que haya niños en el aula con trastornos de conductas u otras conductas disruptivas (ej. Hiperactividad).
- Adaptar las pruebas de evaluación a las posibilidades del paciente.
- La mayoría de las veces, el horario escolar debe adaptarse a la asistencia del/la paciente a su permanencia el Hospital de Día.

En el supuesto, tanto de permanencia en el Hospital de Día o que, por necesidad de tratamiento, deba ser Hospitalizado, el paciente debe recibir apoyo académico durante la hospitalización (escuela terapéutica).

### **3. Psicoterapias.**

Normalmente, cuando el/la paciente están en fase aguda no es posible realizar una psicoterapia debido a la falta de colaboración. Si que suele trabajarse en aspectos como adherencia al tratamiento a través de explicación sobre la naturaleza del trastorno. Igualmente, cuando se encuentra en esta situación se realizan ajustes ambientales para evitar las crisis de agresividad y agitación.

Conforme el paciente va recuperando su estado de ánimo y, sobretodo, los frecuentes episodios de negativismo y disforia puede establecerse un Plan de Tratamiento Psicoterapéutico, aunque éste debe contemplar todos los aspectos en los que pueda ser abordados el problema psicopatológico: afectivo, conductual, familiar y psicosocial. Es muy importante generar o mantener las redes sociales de apoyo, tanto a nivel familiar como personal. Es bastante frecuente que la familia genere reajustes intrafamiliares poco convenientes y con gran repercusión en la calidad de vida.

---

**JAOQUÍN DÍAZ ATIENZA** – PSIQUIATRA INFANTO-JUVENIL  
UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALMERÍA

**MARÍA DEL PILAR BLÁNQUEZ RODRÍGUEZ**- PSIAQUIATRA INFANTO-JUVENIL  
UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALMERÍA

**UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ANDALUCÍA**

<b>CIUDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
<b>ALGECIRAS</b>	<b>Paseo de la Conferencia s/n Hospital de la Cruz Roja 2ª Tif: 956 00 49 15</b>
<b>ALMERÍA</b>	<b>HOSPITAL PROVINCIAL C/ Hospital s/n Tif: 950 01 76 45 / 36</b>
<b>JEREZ (CÁDIZ)</b>	<b>AMBULATORIO SAN DIONISIO Tif. 956 03 36 06 / 07</b>
<b>CÁDIZ</b>	<b>ALDA. MARQUÉS DE COMILLAS Tif: 956 21 44 46</b>
<b>CÓRDOBA</b>	<b>ABDERRAMAN III S/N Tif: 957 28 33 12</b>
<b>GRANADA</b>	<b>H. MATERNO-INFANTIL Tif: 958 24 11 51</b>
<b>HUELVA</b>	<b>H. VÁZQUEZ DÍAZ Tif: 959 20 21 98</b>
<b>JAÉN</b>	<b>H. PRINCESA SOFÍA Tif: 953 29 90 09</b>
<b>MÁLAGA</b>	<b>HOSPITAL CIVIL Tif: 952 64 54 08</b>
<b>VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)</b>	<b>H. MATERNAL Tif: 955 01 37 81 / 76</b>
<b>VIRGEN MACARENA</b>	<b>H. VIRGEN MACARENA Tif: 955 00 82 89</b>