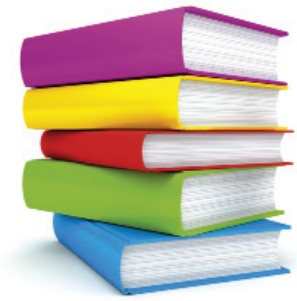
Novedades bibliográficas



L.S. Eddy Ives
Pediatra.
Directora médica del Centro Médico San Ramón.. Barcelona

Adelanto en la aparición de las características sexuales secundarios en los niños varones

Secondary Sexual Characteristics in Boys: Data From the Pediatric Research in Office Settings Network

Herman-Giddens ME, Steffes J, Harris D, Slora E, Hussey M, Dowshen S, Wasserman R, Serwint JR, Smitherman L, Reiter EO.

http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/10/15/peds.2011-3291

Un estudio reciente en EEUU publicado en la revista Pediatrics, pone de manifiesto que no solo las niñas comienzan antes la pubertad, sino también los niños. Al comparar con estudios de hace décadas, se ha observado que los niños varones están madurando de 6 meses a 2 años antes según los hallazgos encontrados a nivel de su desarrollo genital y aparición de vello púbico, en controles de salud realizados entre los años 2005-2010. La media de inicio del aumento del tamaño testicular es justo antes de cumplir los 10 años.

Este estudio pone de relieve la necesidad que los padres aborden antes con sus hijos temas sobre los cambios físicos y del desarrollo sexual que van a presentar. No necesariamente un desarrollo genital va a ir acompañado de una maduración social y psicológica. Se considera que este adelanto de la pubertad va a comportar un aumento de discrepancia entre la maduración sexual y la psicosocial de los chicos. Debido al desarrollo físico que presentan, muchos adultos van a interactuar con ellos como si tuvieran una mayor madurez, incrementando la dificultad de comunicación y entendimiento entre ambas generaciones.

Practicar yoga puede mejorar el bienestar psicosocial de los adolescentes y disminuir su nivel de ansiedad

Benefits of Yoga for Psychosocial Well-Being in a US High School Curriculum: A Preliminary Randomized Controlled Trial

Noggle JJ; Steiner N; Minami T; Khalsa SB.

J Dev Behav Pediatr. 2012; 33: 193-201. Abstract
doi: 10.1097/DBP.0b013e31824afdc4

En un estudio piloto randomizado en el 2009 llevado a cabo en alumnos de 11º y 12º curso (correspondiente a 1º y 2º de bachiller) en un instituto de Massachussetts, los estudiantes que participaron en un programa de yoga Kripalu (programa centrado en ejercicios de respiración

y de profunda relajación, meditación y posturas físicas diseñadas para desarrollar fuerza y flexibilidad) mostraron una mejoría significativa en su estado de humor y puntuaciones de tensión/ansiedad, comparado con los estudiantes que participaron únicamente en las clases habituales de educación física (EF).

Fueron randomizados en un ratio 2:1 para participar en sesiones de yoga de 30 minutos 2-3 veces por semana durante 10 semanas (n=36; 61% niñas) o en actividades de EF habituales, tales como tennis, volleyball, baloncesto y primeros auxilios (grupo control n=15; 47 % niñas). Todos los estudiantes rellenaron cuestionarios para evaluar el humor (Profile of Mood States–Short Form [POMS-SF]) y los sentimientos (Positive and Negative Affect Schedule for Children [PANAS-C]) una semana antes de comenzar la intervención y una semana después de finalizarla.

Medicación para el TDAH y criminalidad

Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality

Lichtenstein P; Halldner L; Zetterqvist J; Sjölander A; Serlachius E; Fazel S; Långström N; Larsson H.

Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. paul.lichtenstein@ki.se. N Engl J Med. 2012; 367(21):2006-14 (ISSN: 1533-4406).

Introducción. El TDAH está entre los trastornos crónicos más frecuentes de la infancia. Los beneficios a corto plazo del tratamiento farmacológico están bien establecidos. A pesar de que la sintomatología a menudo persiste en el adulto, muchos individuos dejan la medicación en la adolescencia o edad adulta. La relación entre tratamiento para el TDAH y conducta criminal no es del todo conocida.

Objetivo. Saber si las conductas delictivas realizadas por sujetos con el diagnóstico de TDAH se habían efectuado en los períodos con o sin tratamiento farmacológico.

Metodología. Se utilizaron los registros nacionales suecos, recogiendo información de más de 25,000 individuos (16,000 hombres y 9,500 mujeres) con diagnóstico de TDAH y nacidos antes de 1991. Se cotejaron con el registro nacional de consumo de fármacos y el registro de condenas penales desde 2006-2009. El tiempo de observación de cada participante estuvo dividido en dos períodos, con y sin medicación.

Resultados. Al comparar los períodos con medicación hubo una reducción significativa del 32 % de conductas delictiva en el varón y del 41 % en la mujer. Persistió la reducción entre un 17% y 46% en los análisis que tenían en cuenta factores como el tipo de medicación (estimulante o no estimulante) o el tipo de crimen.

Conclusión. Los pacientes con TDAH presentaron una reducción de conductas delictivas durante los periodos que recibieron medicación. Estos resultados apoyan la idea que aunque la sintomatología del TDAH no sea evidente en adultos, conductas que se asocian al trastorno mejoran con tratamiento farmacológico.

Resumen y comentarios en inglés: http://www.medscape.com/viewarticle/779843

Cambios más destacados de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5

Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality

Lichtenstein P; Halldner L; Zetterqvist J; Sjölander A; Serlachius E; Fazel S; Långström N; Larsson H.

Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. paul.lichtenstein@ki.se. N Engl J Med. 2012; 367(21):2006-14 (ISSN: 1533-4406).

El 18 de mayo del 2013 fue presentado por la Academia Americana de Psiquiatría (AAP) la última versión del DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders). No ha sido sin polémica ya que la Asociación Británica de Psicología se ha mostrado claramente contraria a la aplicación de un modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales, pues sin duda también influyen en su desarrollo factores psicológicos y sociales. Ahora bien, no conviene olvidar porqué se creó el DSM, que fue para poder clasificar los diferentes trastornos mentales para facilitar los acuerdos con las compañías de seguros médicos.

El DSM-5, en relación con el anterior DSM IV-TR del año 1994, presenta cambios relacionados con la organización de los trastornos, pues los trastornos se enmarcan teniendo en cuenta el desarrollo, sexo y características culturales del paciente, eliminándose el sistema de evaluación multiaxial. Pero el mayor interés está en las novedades en los diagnósticos específicos de los diferentes trastornos. A continuación se mencionan los más relevantes para nuestra práctica diaria.

Trastorno del Espectro Autista (TEA). Engloba cuatro diagnósticos que en el DSM-IV estaban separados: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil, y Trastorno Generalizado del Desarrollo. El TEA se caracteriza por: 1) déficit en la comunicación e interacción social, y 2) comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Cuando solo hay presencia del primero, entonces el diagnóstico es de Trastorno de la Comunicación Social.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Los cambios más significativos son:

- Reconocer su existencia en edad adulta requiriendo un síntoma menos (5 de 9 de inatención y 5 de 9 de hiperactividad-impulsividad).
- El requerimiento de síntomas es transituacional, o sea, varios síntomas en diferentes entornos.
- Edad de inicio antes de los 12 años (anteriormente, antes de los 7).
- Es necesario como mínimo dos diferentes informantes, preferentemente un padre y un maestro.
- Se acepta el diagnóstico comórbido con TEA.
- Está clasificado como un trastorno del neurodesarrollo.
- Los subtipos ahora se denominan presentaciones: combinado, con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo.

Trastornos de Ansiedad. Los Trastornos Disociativos, Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático, antes unificados bajo el mismo epígrafe, actualmente se describen en apartados independientes para legitimar su carácter distinto.

Trastorno por Estrés Postraumático. En el DSM-5 incluye cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, excitación, evitación y alteraciones negativas persistentes en

las cogniciones y el estado de ánimo. Además, se tiene en cuenta el nivel de desarrollo pues hay criterios diagnósticos diferentes para niños por debajo de los 6 años.

Trastorno Depresivo Mayor. Incluye dos categorías para reflejar con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

El duelo. En el DSM-5 no se excluye el diagnóstico de depresión en los dos primeros meses del duelo, como ocurría en el DSM-IV. Se ha eliminado que lo normal sea que dure 2 meses, pues en la práctica clínica se ha observado que habitualmente dura de 1 a 2 años. Además se considera que es un factor psicosocial adverso que puede desencadenar una depresión mayor en un individuo predispuesto, generalmente ocurriendo poco después de la pérdida.

Anorexia Nerviosa. El requisito de presencia de amenorrea ha sido eliminado.

Trastorno por consumo de sustancias. Este apartado en el DSM-5 engloba los Trastornos por Abuso de Sustancias y la Dependencia de Sustancias del DSM-IV. Además se ha creado una nueva categoría para recoger las Adicciones Conductuales donde se incluye el Juego Patológico (antes Trastornos de control de impulsos no clasificados).

Incorporación de nuevos trastornos:

- **Trastorno de Disregulación Emocional Disruptivo** (Disruptive Mood Dysregulation Disorder). Se caracteriza por niños con rabietas recurrentes y desproporcionados en intensidad y duración, 3 o más veces por semana durante más de un año. Además, de forma persistente muestran un humor enojado e irritable, presente en al menos dos entornos (casa, escuela o con iguales). Son niños con episodios frecuentes de un extremo descontrol en su comportamiento. El inicio del cuadro es antes de los 10 años y el diagnóstico no se realizará antes de los 6 años ni después de los 18. La razón por el cual se creó esta nueva categoría diagnóstica fue debido a un elevado incremento del diagnóstico de Trastorno Bipolar en niños.
- **Trastorno por Atracón** (Binge Eating Disorder) cuando se come en exceso en más de 12 ocasiones durante un periodo de 3 meses. (En el DSM-IV no tenía categoría de trastorno.)
- **Trastorno de Excoriación** cuando hay un rascado compulsivo de la piel.
- **Trastorno de Acaparamiento.** Antes era considerado un síntoma del Trastorno Obsesivo Compulsivo, pero actualmente se considera por sí sola un trastorno. Se define como dificultad persistente en desprenderse de objetos, independientemente de su valor.
- **Trastorno disfórico premenstrual.**

La transexualidad deja de considerarse un trastorno mental.

Bibliografía

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013.

American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf. Acceso: 20-09-2013.

Consejo General de la Psicología de España. Cambios que incluye el DSM-5. Infocoponline. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578. Acceso: 20-09-2013.

Grohol JM. DSM-5 Released: The Big Changes. http://psychcentral.com/blog/archives/2013/05/18/dsm-5-released-the-big-changes. Acceso: 20-09-2013.