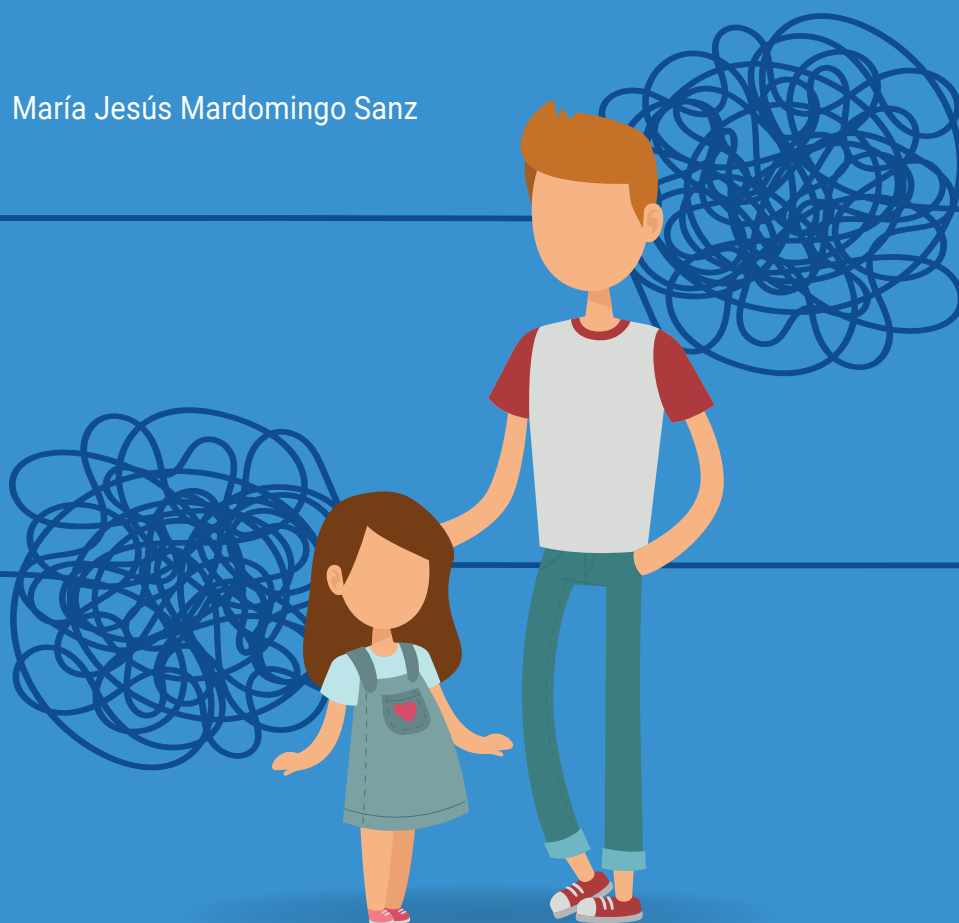


GUÍA PRÁCTICA Y DIGITAL PARA PEDIATRAS

# Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría

María Jesús Mardomingo Sanz



Información destinada al profesional de la salud

**Blemil**<sup>plus</sup>  
**Optimum**

NUEVA FÓRMULA

**ProTech**

MÁS AVANZADA

**ORDESA**  


# Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría

Dra. María Jesús Mardomingo Sanz

Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente.

Jefa de la Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

## CAPÍTULO ÍNDICE

1	La psiquiatría infantil en la consulta de Pediatría	1
2	Evaluación psiquiátrica del niño y del adolescente	10
3	Autismo y trastornos del espectro autista	20
4	Trastornos del aprendizaje	28
5	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	37
6	Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia	45
7	Depresión	57

## CAPÍTULO 1

# La psiquiatría infantil en la consulta de Pediatría

## Introducción

Los problemas psiquiátricos y psicológicos de niños y adolescentes forman parte de la consulta diaria del pediatra. Son uno de los mayores retos que el médico debe afrontar, dada su prevalencia y las consecuencias a largo plazo cuando no se diagnostican correctamente, se diagnostican tarde o no se tratan, lo que conlleva un sufrimiento para el paciente y las familias y altos costes para la sociedad.

Se calcula que el 50-70% de las enfermedades psiquiátricas del adulto comienzan en la infancia y adolescencia. El primero que debe sospechar su presencia es el pediatra. Así como las enfermedades infecciosas fueron el gran desafío de la pediatría en el siglo xx, los problemas psiquiátricos son el gran desafío del siglo xxi.

### PUNTO CLAVE

- Los problemas psiquiátricos y psicológicos de los niños son el gran desafío del pediatra del siglo xxi.



## Relaciones entre psiquiatría infantil y pediatría

Las relaciones entre la psiquiatría infantil y la pediatría han variado a lo largo del tiempo<sup>1</sup> y han seguido un recorrido semejante en el mundo occidental<sup>2</sup>. En los comienzos, los psiquiatras infantiles procedían indistintamente de la pediatría y de la psiquiatría de adultos<sup>3</sup>. En los últimos años, la pediatría se ha distanciado de la psiquiatría infantil. A este respecto surgen algunas preguntas: la psiquiatría infantil, ¿forma parte de la medicina y, por tanto, de la pediatría y de la ciencia? Los trastornos psiquiátricos de los niños, ¿concernen al pediatra? Las especialidades pediátricas, ¿son compartimentos estancos? ¿Es posible ejercer una pediatría centrada en el paciente sin tener alguna formación en psiquiatría infantil? Las características del mundo moderno, ¿requieren una perspectiva psiquiátrica para comprender, diagnosticar y tratar las enfermedades?

La respuesta a estas preguntas es «sí». Como se verá de nuevo más adelante, el pediatra es el que detecta de forma temprana síntomas clínicos y señales de alerta, el que precisa una visión global de lo que sucede al niño, el que tiene que diagnosticar o sospechar problemas emocionales, retrasos o trastornos del desarrollo, alteraciones de la relación padres-hijos u otros problemas, y es el que mejor conoce a su paciente, al que sigue durante la infancia y adolescencia, y quien tiene una relación más estrecha con la familia.

### Causas del distanciamiento

Existe una tendencia histórica que se ha resistido a entender las enfermedades psiquiátricas como enfermedades médicas, pues se consideraba que su naturaleza era diferente, y era mucho más acentuado cuando se trataba de la infancia. En realidad, esta tendencia es una prolongación de la dicotomía clásica cuerpo-alma. El alma se entiende como algo contrapuesto al cuerpo, una entidad distinta e inmaterial a la que pertenecerían los trastornos psiquiátricos, que, en consecuencia, quedarían fuera del campo de la ciencia<sup>4</sup>.

Esta postura da lugar a mitos, prejuicios, falsas creencias, fantasías y otras variantes frente a la psiquiatría infantil en particular y a la psiquiatría en general, lo cual se traduce en la estigmatización de enfermos y familias, en la falta de reconocimiento social, y en que haya menos servicios sanitarios y menos investigación al respecto. Esta actitud reticente perjudica, sin duda, a los pacientes y retrasa el avance de los conocimientos.

Desde el punto de vista social, la enfermedad se identifica con la «locura», algo peligroso, que no tiene remedio y de la que es responsable el propio paciente y la familia. Por otra parte, los trastornos psiquiátricos afectan a la identidad personal del paciente en mayor medida que el resto de las enfermedades, y exigen comprender la complejidad de la naturaleza humana. Esta visión compleja de los temas no está de moda en nuestro tiempo, en que prima la velocidad, lo que favorece el intrusismo, el surgimiento de gurús y sectas que ofrecen soluciones mágicas, así como la banalización y dramatización de los problemas psiquiátricos por parte de los medios de comunicación y de la gente en general. El papel del pediatra como educador de pacientes y familias es fundamental para luchar contra esta situación.




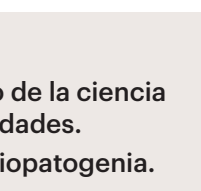


### PUNTOS CLAVE

- La psiquiatría infantil forma parte de la pediatría, y los trastornos psiquiátricos de los niños deben formar parte de la formación del pediatra.
- La pediatría centrada en el paciente exige tener conocimientos de psiquiatría infantil.
- El pediatra es fundamental para luchar contra los mitos, los prejuicios y la estigmatización que rodea a estos trastornos.

### Coincidencias entre pediatría y psiquiatría infantil

Las enfermedades pediátricas y las psiquiátricas tienen en común las siguientes características:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | En su etiopatogenia intervienen factores genéticos y ambientales que se traducen en alteraciones de órganos y sistemas <sup>5</sup> .  |    |
| 2 | Estas alteraciones afectan fundamentalmente al sistema nervioso, endocrinológico e inmunitario.  |   |
| 3 | En ambas, muchas de las causas y mecanismos aún no se conocen.   |  |
| 4 | Tanto en pediatría como en psiquiatría infantil, los conocimientos –que son la base de los nuevos descubrimientos– son provisionales, pues ambas se basan en el método científico. |  |
| 5 | La biología molecular es una de las claves del progreso de la ciencia médica.  |  |
| 6 | La relación médico-paciente sigue siendo fundamental para el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento y el bienestar del paciente.   |  |

### PUNTOS CLAVE

- La psiquiatría infantil y la pediatría se enmarcan en el ámbito de la ciencia y utilizan el método científico para el estudio de las enfermedades.
- Los factores genéticos y ambientales son esenciales en la etiopatogenia.
- La relación médico-paciente es la base del diagnóstico y del tratamiento.

## Características propias de la psiquiatría infantil

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> El cerebro es el órgano clave de la conducta humana, en el que residen instintos, emociones, razonamiento y órdenes que se traducen en actos. Por tanto, es el órgano de estudio de las enfermedades psiquiátricas, cuya complejidad probablemente supera a la de otras enfermedades. Más aún, el cerebro es el único órgano que «se estudia a sí mismo».</p> |    |
| <p><b>2</b> Los factores ambientales (intrauterinos, perinatales, experiencias tempranas, resto de la vida) tienen un peso mayor en las enfermedades psiquiátricas.</p>   |    |
| <p><b>3</b> Los factores ambientales no sólo intervienen en la génesis de los trastornos psiquiátricos, sino también en su evolución y, por tanto, son fundamentales para el pronóstico.</p>  |    |
| <p><b>4</b> El papel del paciente, el relato de lo que le pasa y su relación con el médico son aspectos muy importantes para llevar a cabo la historia clínica y, en consecuencia, para el diagnóstico.</p>   |    |
| <p><b>5</b> La percepción subjetiva de la enfermedad y la percepción social de los problemas psiquiátricos tienen un papel importante en esta disciplina.</p>   |   |
| <p><b>6</b> El medio familiar es muy importante en cualquier enfermedad, pero durante la infancia y la adolescencia es esencial ya que la dependencia de la familia es mucho mayor que en la edad adulta.</p>   |   |
| <p><b>7</b> Los padres son la principal fuente de información y se tiende a minusvalorar el papel del paciente, lo que constituye un error.</p>   |  |

### PUNTOS CLAVE

- El cerebro es el único órgano que se estudia a sí mismo.
- La familia es el medio natural donde crece el niño, actúa como un factor modulador de las emociones y del aprendizaje, e influye de forma significativa en la evolución de los problemas psiquiátricos y psicológicos de los niños.

## Trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes

Los trastornos psiquiátricos se caracterizan por tener una elevada prevalencia en la infancia y la adolescencia, de tal modo que afectan al 10-20% de la población. De estos casos, el 4-5% son graves<sup>6</sup> (en capítulos posteriores se describen con más detalle las tasas de prevalencia). Estas cifras ponen de relieve que es muy raro que el pediatra no tenga que enfrentarse a estos problemas en la práctica diaria, y los médicos sabemos que es muy difícil, si no imposible, sospechar o diagnosticar aquello que no se conoce. Por otra parte, los síntomas psiquiátricos también forman parte del cuadro clínico de las enfermedades pediátricas, lo que es muy importante para no cometer errores diagnósticos<sup>7</sup>.

Otro aspecto que cabe destacar es que los niños pequeños también sufren problemas psiquiátricos<sup>8</sup>. El autismo se manifiesta durante los primeros meses de vida; la esquizofrenia, con un cuadro clínico similar al del adulto, surge en la adolescencia, aunque suelen existir ya síntomas premonitorios en la infancia; los trastornos de conducta se manifiestan a partir de los 2 años; el consumo de sustancias desde los 11-12 años; los trastornos de ansiedad a partir de los 3-4 años...

Algunas entidades, como la ansiedad causada por la separación de los padres, son propias de los primeros años y tienden a desaparecer después, aunque son un antecedente frecuente de fobia social en la adolescencia y de trastornos de ansiedad en la edad adulta. Sin duda, el pediatra debe tener en cuenta estas circunstancias cuando atiende al paciente y no descartar que puedan estar presentes. La sospecha y el diagnóstico temprano mejoran la evolución, disminuyen el sufrimiento del niño y de la familia, y favorecen la adaptación<sup>9</sup>.

El motivo de consulta más frecuente en pediatría de atención primaria son los trastornos de comportamiento, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, éste ya en la adolescencia. Le siguen en frecuencia los trastornos de ansiedad y los cuadros depresivos, que afectan más a las niñas que a los niños. No hay que perder de vista que los intentos de suicidio comienzan antes de los 12 años, aunque sean poco frecuentes, pero su repetición es un factor de riesgo de suicidio a largo plazo. Las tasas de depresión en la adolescencia son más altas que en la infancia y el suicidio es la tercera causa de muerte a esta edad, en la que también es mayor la tasa de anorexia y bulimia, de trastorno por atracones y de adicción a las drogas<sup>10</sup>.

Respecto a la etiopatogenia, no cabe duda de que es imprescindible conocer las causas y los mecanismos de las enfermedades psiquiátricas para poner en marcha medidas de prevención y tratamiento, y entender qué y por qué suceden. Es un tema de investigación de gran complejidad, pues abarca numerosos factores:

- Genéticos y hereditarios.
- Ambientales (prenatales, perinatales, experiencias tempranas, resto de la vida).
- Mecanismos de interacción genes-ambiente.

- Estructuras cerebrales.
- Redes y mecanismos de neurotransmisión.
- Factores inmunológicos y endocrinos.
- Factores de riesgo y de protección, como las características de la familia, el tipo de colegio, el barrio donde vive el niño y el medio social al que pertenece.

Un aspecto fundamental es entender cómo interactúan genes y ambiente a lo largo de la vida, y cómo las decisiones individuales configuran la personalidad y, de alguna forma, el destino personal. Los genes, al expresarse, modifican el ambiente, y el ambiente modula la expresión de los genes.

### PUNTOS CLAVE

- **Los trastornos psiquiátricos afectan al 10-20% de los niños y adolescentes.**
- **Los síntomas psiquiátricos también forman parte del cuadro clínico de las enfermedades pediátricas.**
- **No es posible sospechar o diagnosticar aquello que no se conoce.**
- **La etiopatogenia es compleja pues intervienen múltiples factores.**

## Papel del pediatra

El pediatra tiene una gran responsabilidad frente a los trastornos psiquiátricos de los niños ya que es posible prevenirlos, diagnosticarlos y tratarlos, con lo que se consigue una gran mejoría en su evolución y, en muchos casos, la curación. No hacerlo condiciona el futuro de los niños, así como su estabilidad emocional, las oportunidades de aprendizaje y la adaptación a la vida, además de representar una dura carga para las familias.

El pediatra es la primera persona a quien se dirigen los padres cuando el niño tiene un problema, ya que confían en su criterio y suelen seguir sus recomendaciones. El papel del pediatra se resume en los siguientes puntos:

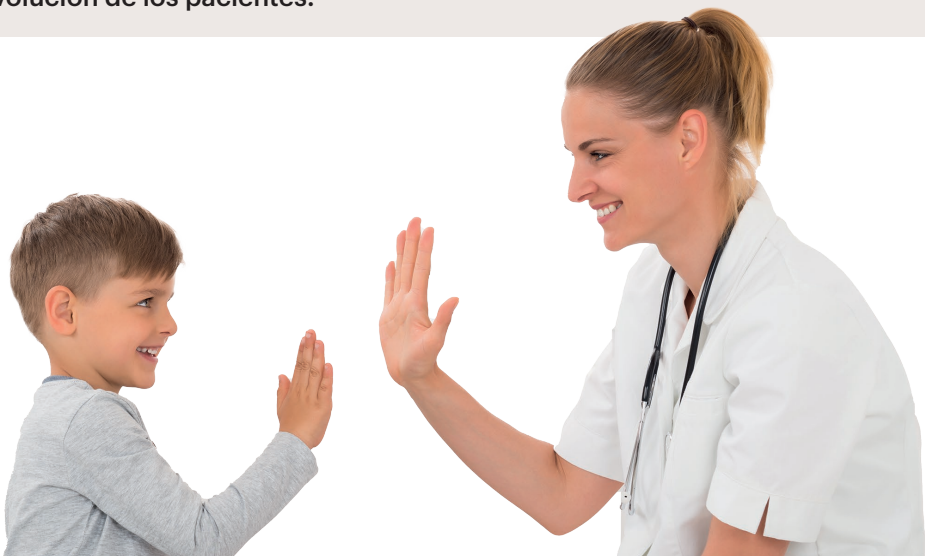
- Detectar signos de alerta que pueden indicar que se está iniciando un problema psiquiátrico, ya sea un trastorno del desarrollo, de la interacción padres-hijos o de adaptación al colegio.
- Identificar síntomas clínicos de una entidad concreta cuando su intensidad o número no se justifican por la edad del niño. Por ejemplo, rituales y repeticiones que se prolongan en el tiempo y que interfieren con la actividad habitual; apatía, llanto, insomnio, irritabilidad excesiva, cambio brusco de carácter, negativa a salir de casa de los adolescentes, aumento o disminución del apetito o del peso que se prolongan en el tiempo, retrasos del lenguaje y problemas de comunicación, agresividad...
- Evaluar clínicamente al niño (ver el capítulo correspondiente).
- Aplicar los criterios diagnósticos aprobados por las clasificaciones psiquiátricas internacionales CIE-11 y DSM-5, como un apartado más del diagnóstico, no como un pro-

toloco automático que sustituya la exploración detenida del paciente y la perspectiva personal.

- Tratar los casos que no tienen complicaciones y que están al alcance del pediatra.
- Remitir a psiquiatría infantil los casos con posible comorbilidad o dudas diagnósticas.
- Seguir la evolución y vigilar los posibles efectos adversos e interacciones.
- Apoyar al niño y a la familia y reforzar el cumplimiento.
- Coordinar el tratamiento.
- Tanto si el profesional que trata al niño es el pediatra como el psiquiatra infantil, la colaboración entre ambos es imprescindible.
- El pediatra y el psiquiatra infantil son los responsables de velar por la salud y la calidad de vida de los pacientes.
- ¿Todos los pediatras deben ser psiquiatras infantiles? La respuesta es «no».
- ¿Todos los pediatras deben tener unos conocimientos básicos de psiquiatría infantil? La respuesta es «sí».
- El pediatra es la persona que más y mejor puede contribuir a que desaparezcan los mitos y prejuicios sobre los problemas psiquiátricos de los niños.
- El objetivo de la medicina es, desde los tiempos de Hipócrates, curar, aliviar, prevenir, acompañar y no dañar. La colaboración del pediatra y del psiquiatra para lograr este fin será un gran regalo para el paciente.

### PUNTOS CLAVE

- **El pediatra debe tener conocimientos de psiquiatría infantil, pues los niños y adolescentes sufren problemas psiquiátricos.**
- **Es el primero que puede sospecharlos e incluso diagnosticarlos.**
- **La colaboración pediatra-psiquiatra infantil es necesaria para la buena evolución de los pacientes.**



# Conclusiones



La pediatría y la psiquiatría infantil están estrechamente ligadas desde sus orígenes, ya que ambas son especialidades médicas y comparten aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Y lo que es más importante, atienden la misma franja de edad de los pacientes.



El pediatra es la persona que antes puede sospechar la existencia de un trastorno psiquiátrico, por lo que su papel es imprescindible para el bien del niño y de la familia.



La psiquiatría infantil debería ser una parte irrenunciable de su proceso de formación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Historia de la psiquiatría infantil. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020. Disponible en: <https://www.mardomingopsiquiatriainfantil.es/profesionales/tratado-de-psiquiatria/leer-un-fragmento/c1-historia/>
2. Stubbe DE, Beresin EV. Education and training. En: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, 5.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
3. Ballester R. El niño en la medicina española: tradición y medicalización. *Jano*. 1985; 662: 787.
4. Mardomingo MJ. Concepto y ámbito de la psiquiatría del niño y del adolescente. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020. Disponible en: <https://www.mardomingopsiquiatriainfantil.es/profesionales/tratado-de-psiquiatria/leer-un-fragmento/c2-concepto/>
5. Behrman R, Kliegman R, Schor NF, Geme JW, Stanton B, Waldo E. Nelson textbook of pediatrics. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2020.
6. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
7. Cruz Hernández M, Moro Serrano M, Málaga Guerrero S, Madero López L. Tratado de pediatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2014.
8. Peskin M, Spitzer S, Peleg T, Zalsman G. Nosology, assessment and diagnosis of psychiatric disorders in early childhood. *Ha-refuah*. 2011; 150(4): 353-358.
9. World Health Organization (WHO). Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions, 2003. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)
10. Hidalgo Vicario I. El pediatra y la salud mental. *Pediatr Integral*. 2012; 16(9): 673-675. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-11/el-pediatra-y-la-salud-mental/>

## CAPÍTULO 2

# Evaluación psiquiátrica del niño y del adolescente

## Introducción

La evaluación y diagnóstico del paciente es uno de los apartados fundamentales del ejercicio médico, que requiere conocimientos, experiencia y sentido ético<sup>12</sup>. Los trastornos psiquiátricos afectan a la vida personal, familiar y social del paciente, con consecuencias a corto, medio y largo plazo, por lo que la sospecha o el diagnóstico temprano por parte del pediatra aún es más relevante. En el caso de los niños y adolescentes, la decisión de acudir a la consulta suelen tomarla los padres, por lo que el encuentro con el niño y la relación que el pediatra establece con él desde el principio es un elemento fundamental, no sólo para establecer un diagnóstico certero sino también para la acción terapéutica y para que se cumpla el tratamiento. Los niños no siempre están de acuerdo con la decisión paterna; pueden estar temerosos o saber que algo les pasa, pero sentirse avergonzados y culpables otras veces, y simplemente no saben explicarlo. La cercanía, la sensibilidad y la capacidad de comunicación del pediatra lograrán su confianza<sup>3</sup>.





La exploración pediátrica debe incluir la detección de los signos y síntomas que hagan sospechar la existencia de un trastorno psiquiátrico (depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo), o de una situación anómala en la familia (maltrato) o en el colegio (acoso, trastorno del aprendizaje) que pueda repercutir en el desarrollo normal del niño. En caso afirmativo, se procederá a una exploración más detallada.

### PUNTOS CLAVE

- **La evaluación requiere del pediatra conocimientos, experiencia y sentido ético.**
- **Su objetivo es detectar posibles signos y síntomas de un trastorno psiquiátrico.**
- **La relación de confianza pediatra-niño-padres es necesaria para el buen ejercicio médico.**

## Características de la exploración

La elaboración de la historia clínica y la exploración deben cumplir los siguientes requisitos:

- Tener varias fuentes de información: padres, paciente, colegio, servicios sociales y otros informes médicos. En el caso de trastornos graves de conducta de los adolescentes, puede ser necesario realizar también informes del ámbito legal<sup>4</sup>.
- La entrevista debe llevarse a cabo con los padres a solas, con el niño a solas, y con los padres y niño juntos. Los niños informan con mayor objetividad sobre los problemas emocionales y los padres sobre los trastornos de comportamiento.
- Hay que tener en cuenta que las manifestaciones clínicas son distintas en función de la edad, que tienen una acción moduladora, y que el comportamiento varía a medida que el niño crece, es decir, lo que es normal a una edad no lo es a otra. Las rabietas son normales a los 3 años, pero no a los 12, y la dependencia de los padres es normal a los 5, pero no a los 14. Por tanto, los síntomas deben evaluarse en función de la edad y de la correspondiente etapa de desarrollo del niño.
- La frecuencia, la intensidad y el grado de repercusión de un determinado síntoma o característica en la vida diaria son criterios fundamentales. Si aquello por lo que consultan los padres no interfiere en el estado emocional y cognitivo del niño, en su bienestar, en la adaptación y aprendizaje en el colegio, ni en las relaciones y amistades con otros niños, es difícil que tenga un problema psiquiátrico<sup>5</sup>. La timidez, la inquietud o la sociabilidad querrán decir que el niño es por temperamento tímido, inquieto, sociable o menos sociable, pero no que tenga un problema psiquiátrico. Los padres deberán educarlo para que esas características no impidan su adaptación a la vida, pero no para que deje de ser quién es, algo a lo que tiene derecho.

### PUNTOS CLAVE

- **Es conveniente tener varias fuentes de información para realizar la historia clínica.**
- **Los síntomas clínicos están modulados por la edad. Hay que tener en cuenta su frecuencia, intensidad y grado de repercusión en la vida diaria del niño.**

## Objetivos de la evaluación

La evaluación tiene como objetivo final dilucidar si el paciente presenta un trastorno psiquiátrico, identificarlo si es posible y analizar si hay otro problema, lo que requiere hacer un diagnóstico diferencial. Una vez establecido el diagnóstico, es necesario decidir cuál es el tratamiento y, en caso afirmativo, se debe elaborar ese plan y las recomendaciones pertinentes que padres y niños deben seguir. Cuando el pediatra no está seguro del diagnóstico o considera que pueden existir comorbilidades, debe enviar al niño a psiquiatría infantil.

El proceso de evaluación tiene que cumplir los siguientes objetivos<sup>3</sup>:

- 1** Conocer las causas y razones por las cuales el paciente acude a la consulta. ¿Qué motivó la consulta? ¿Quién decidió que se acudiera a ella? ¿Conoce el niño los motivos de acudir a la consulta? ¿Qué información se le ha dado? ¿Por qué acude la familia en este momento?


- 2** Describir con detalle los síntomas y quejas por los que se consulta y el significado que tienen para el paciente y para los padres. Las tres preguntas clásicas de la exploración médica (qué le pasa al paciente, desde cuándo y a qué lo atribuye) continúan teniendo plena vigencia. Asimismo, se debe investigar la evolución que ha seguido el cuadro clínico desde que comenzó, las mejorías y los empeoramientos, las consultas previas que se han hecho y la respuesta a los tratamientos que se han seguido.


- 3** Explorar el desarrollo normal, los hitos de dicho desarrollo y el nivel actual de desarrollo. Comprobar el estado emocional y cognitivo.


- 4** Descartar posibles trastornos específicos del aprendizaje, como dislexia, disgrafía y discalculia.


- 5** Explorar la normalidad o patología en tres áreas fundamentales: pensamiento, emociones y comportamiento.



6

Identificar los posibles factores causales individuales y ambientales y, de modo particular, los factores ambientales estresantes, que puedan estar en el origen de la patología o contribuir a su permanencia o a una peor evolución. No hay que olvidar que la familia, la escuela y los amigos son el medio ambiente más importante para los niños. Otras influencias sociales son también fundamentales en los adolescentes.



7

Hacer el diagnóstico diferencial.

8

Establecer el diagnóstico final.

9

Elaborar el plan de tratamiento.



### PUNTOS CLAVE

- **La evaluación requiere identificar signos y síntomas que hagan sospechar un trastorno psiquiátrico u otro problema en la vida del niño.**
- **Hay que intentar entender qué significado tienen para el paciente y su familia, así como detectar posibles factores causales ambientales y en los antecedentes familiares.**

## Motivos de consulta y entrevista con los padres

Los motivos por los que los padres acuden a la consulta son muy variados, y no siempre están claros; por ejemplo, el padre y la madre pueden no coincidir en lo que cuentan o estar francamente en desacuerdo, o puede haber peleas en la familia o conflictos serios, como separaciones y divorcios. En estos casos la consulta puede tener como único objetivo conseguir un informe clínico para utilizarlo en las disputas legales, en las que el niño cumple el papel de chivo expiatorio<sup>6</sup>.

Como se ha mencionado en el epígrafe anterior, conocer las razones por las que el niño acude a la consulta es uno de los primeros objetivos de la evaluación. Conviene aclarar las razones explícitas y las implícitas: ambas permitirán hacerse una primera idea de cuál es el problema, de cómo lo enfocan los padres y de cómo es la familia. Los padres deben exponer los motivos de la consulta y la opinión que les merecen, el impacto que tienen en la vida del niño y en el funcionamiento de la familia, y qué expectativas tienen ante la consulta. Hay que preguntar cuándo comenzó el cuadro clínico, el modo en que ha evo-

lucionado, los factores precipitantes o coincidentes con el comienzo y a lo largo de la evolución, la frecuencia y la intensidad con que se presentan, el grado de perturbación del niño y en qué medida interfieren en el rendimiento académico, la adaptación al colegio y las relaciones con otros niños, es decir, las consecuencias que el cuadro clínico tiene en el bienestar y en la calidad de vida del niño y en el funcionamiento de la familia.

Los motivos más frecuentes son:

- Temor a que el niño o el adolescente tenga un problema psiquiátrico.
- Retrasos del desarrollo.
- Dificultades de adaptación a la guardería o al colegio.
- Cambios de carácter y comportamiento o de rendimiento en el colegio.
- Cambios en el sueño o la alimentación.
- Temperamento difícil.

Una de las primeras cosas que se debe procurar en el encuentro con los padres es tranquilizarlos, resaltar que el niño puede no tener nada o tratarse de un cuadro leve, que existen tratamientos apropiados y que los trastornos psiquiátricos son, en este sentido, igual que el resto de las enfermedades. Que se trata de ayudar al niño o al joven que necesita su apoyo, que nada se va a hacer sin su consentimiento, y que la mayoría de los casos mejoran si se sigue la terapia, y que muchos se curan.

### PUNTOS CLAVE

- **Identificar los motivos de consulta y el significado que tienen para el niño y los padres es imprescindible para establecer el diagnóstico.**
- **El retraso del desarrollo, las dificultades de adaptación a la guardería o al colegio, los cambios de carácter y de comportamiento suelen ser los motivos más frecuentes.**
- **La mayoría de los pacientes mejoran y muchos se curan.**



## Evaluación del niño pequeño

La evaluación del niño menor de 3 años es uno de los grandes desafíos de la psiquiatría infantil. Debe hacerse en presencia de los padres y teniendo en cuenta la información que han dado respecto a lo que le pasa y el comportamiento habitual del niño. Es obvio que, a esta edad, la observación es una de las vías más importantes de exploración. Hay que estar atento al lenguaje no verbal y gestual, la interacción con los padres y con el médico, el contacto visual, la respuesta a los estímulos ambientales, la sonrisa, el llanto, la actividad motriz, la empatía, la iniciativa, el lenguaje, los deseos, temores y gustos, y la tolerancia a la separación de los padres o, por el contrario, la falta de respuesta<sup>7</sup>.

El médico debe tener en cuenta la edad cronológica, el desarrollo cognitivo del niño, el temperamento, la capacidad de expresión e introspección, y el tipo de síntomas por los que acude a la consulta.

A partir de los 3-4 años es posible hablar a solas con el niño; se pueden utilizar juegos, dibujos y, por supuesto, dialogar. Lo que cuenta y cómo lo cuenta son una fuente imprescindible de información. A los 4 años, no digamos después, muchos niños son capaces de dar una versión bastante fidedigna de lo que les afecta y preocupa. A algunos les cuesta entrar solos a la consulta, pero la inmensa mayoría lo acepta cuando el médico los tranquiliza y no son pocos los que dicen que quieren volver. También pueden utilizarse escalas e instrumentos de evaluación cuando se considere necesario<sup>8</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **La evaluación del niño pequeño es difícil, por lo que requiere conocimientos y experiencia por parte del médico.**
- **La observación de la interacción con el medio ambiente y la conducta en general es una buena fuente de información.**
- **Hay que evaluar posibles retrasos del desarrollo, alteraciones de la comunicación, sueño, alimentación, adaptación a la guardería y relación con los padres.**

## Evaluación del niño mayor y del adolescente

El papel del niño es mucho más activo a medida que crece. En el caso de los adolescentes, la relación con el médico es más directa y su opinión, sin duda, es esencial para la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas. La evaluación comprende los siguientes apartados:

- Motivo de consulta.
- Entrevista a los padres.
- Antecedentes personales y familiares.
- Entrevista y exploración del niño o adolescente.

- Examen del estado mental.
- Pruebas complementarias.
- Diagnóstico.
- Recomendaciones terapéuticas.

El examen del estado mental es un apartado estructurado y objetivo, muy relevante, que abarca desde el aspecto físico hasta el contenido del pensamiento. En la tabla 1 se presenta de forma abreviada.

Cuando se consideren necesarias para el diagnóstico, se solicitarán pruebas complementarias, como evaluación psicológica, análisis de sangre, tóxicos en sangre y orina, electrocardiograma, electroencefalograma, técnicas de diagnóstico por imagen e informes de neurología, cardiología, endocrinología u otros<sup>9,10</sup>.

## Lo que cuentan niños y padres

La versión de los padres no siempre coincide con la de los niños, y mucho menos con la de los adolescentes. Las discrepancias dicen mucho de lo que le pasa al niño y de lo que le pasa a la familia. Pueden no coincidir en el motivo de consulta, los síntomas, el momento en que comenzaron, los factores precipitantes y los que están contribuyendo a mantener el problema. El tono emocional de unos y otros, así como la interacción y la comunicación, son muy significativos de cara al diagnóstico y el tipo de tratamiento.

### PUNTOS CLAVE

- **El papel del niño cobra peso con la edad y es más destacado en los niños mayores y en los adolescentes.**
- **Su opinión es esencial para entender lo que sucede y para decidir las medidas terapéuticas.**
- **La exploración del estado mental es un aspecto objetivo y eficaz para el diagnóstico.**



**TABLA 1. Examen abreviado del estado mental**

<b>Nombre del paciente</b>				
<b>Edad</b>				
<b>Sexo</b>				
<b>Fecha del examen</b>				
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Conducta</b>				
Alerta				
Colaborador				
Agitado				
Beligerante				
Fiable en lo que cuenta				
<b>Lenguaje</b>				
Lento				
A presión				
Monótono				
Disártrico				
<b>Ánimo referido</b>				
Triste				
Voluble				
Alegre				
Disgustado				
Nervioso				
<b>Ánimo observado</b>				
Congruente				
Eutímico				
Expansivo				
Disfórico				
Ansioso				
Irritable				
Enfadado				
<b>Síntomas neurovegetativos</b>				
Problemas de sueño				
Problemas de apetito				
Anhedonia				
Sentimientos de culpa				
Disminución de la energía				
Descenso de la concentración				
Agitación psicomotriz				
Lentitud psicomotora				
Ideas de suicidio				

Adaptada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

# Conclusiones



La detección temprana de los trastornos psiquiátricos es esencial para la buena evolución de los niños, lo que convierte al pediatra en la figura clave que puede llevarla a cabo.



La formación del pediatra en este campo le permite entender los problemas y enfermedades del niño de una forma global, en la que las especialidades no son compartimentos estancos, como no lo son las enfermedades; de hecho, los síntomas psiquiátricos y los problemas psicológicos forman parte de una amplia gama de enfermedades.



Esta formación aportará una gran calidad a la práctica clínica, con numerosas ventajas para el paciente, la familia, la sociedad y para sí mismo.



La colaboración entre el pediatra y el psiquiatra infantil contribuye a aclarar dudas, establecer pautas comunes de actuación, y asegurar la continuidad de los cuidados del niño y el adolescente.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mardomingo MJ. Evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 1.280-1.301.
2. Rutter M, Taylor E. Clinical assessment and diagnostic formulation. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., eds. Rutter's child and adolescent psychiatry, 5.ª ed. Londres: Blackwell; 2008. pp. 42-57.
3. Mardomingo MJ. Evaluación psiquiátrica, tratamiento farmacológico y psicoterapia. En: Moro S, Málaga S, Madero L, eds. Tratado de pediatría, 11.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Mojarro D, Benjumea P, Ballesteros C, Soutullo C. Historia clínica y evaluación psiquiátrica. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, eds. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010; 40-59.
5. Walter HJ, DeMaso DR. Assessment and interviewing. En: Kliegman R, Stanton B, St Geme JW, Schor NF, Nelson WE, eds. Nelson textbook of pediatrics, 20.ª ed. Filadelfia: Elsevier; 2015. pp. 124-127.
6. Leventhal BL, Conroy LM. The parent interview. En: Wiener JM, ed. Textbook of child and adolescent psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991. pp. 78-83.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36: 21S-36S.
8. Codovilla C. Dificultades diagnósticas, comorbilidad e instrumentos de evaluación en preescolares. Rev Psiquiatr Infant Juv. 2010; 27(2): 96-97.
9. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36: 4S-20S.
10. King RA, Schwab-Stone M, Peterson B. Psychiatric assessment of the infant, child, and adolescent. En: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's comprehensive text-book of psychiatry, 7.ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000. pp. 2.558-2.586.

## CAPÍTULO 3

# Autismo y trastornos del espectro autista

## Definición y epidemiología

El término «autismo» fue utilizado por Leo Kanner, en 1943, para referirse a un grupo de pacientes que se caracterizaban por la tendencia a alejarse del mundo exterior y a dirigir el interés y la atención al propio interior. El autismo es el mejor definido y más estudiado de los trastornos del espectro autista (TEA) (antes denominados trastornos generalizados del desarrollo) que abarcan también el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo. Se caracterizan por un comienzo temprano, retrasos del desarrollo y una perturbación de la comunicación y socialización del niño, lo que, unido al carácter complejo de la etiología, la clínica y el tratamiento, ha dado lugar a una amplia controversia en cuanto a su definición y clasificación, optándose por la denominación de TEA, que englobaría a todos. Es decir, según este enfoque, que es el asumido por el DSM-5, se trataría de una entidad única que se manifestaría en cuadros clínicos más o menos graves<sup>1</sup>.

El TEA tiene dos características fundamentales: a) déficit en la comunicación e interacción social, y b) intereses restringidos y conductas repetitivas. Si los intereses restringidos no están presentes, el diagnóstico es de trastorno de la comunicación social<sup>2</sup>.



## Epidemiología

Las tasas de prevalencia del autismo han variado en función de los cambios de la terminología. En la década de 1980 la prevalencia era de 2-5 casos por 10.000. A partir de los años noventa, estas tasas han aumentado de forma considerable, con cifras de autismo y TEA de 1 por 250<sup>3</sup>. Cuando se emplean los criterios de investigación CIE-10, las tasas de prevalencia son de 1 por 2.000 para el autismo y de 1 por 600 para el autismo y otros trastornos generalizados. Cuando los criterios diagnósticos no son tan estrictos e incluyen sujetos con trastornos generalizados no especificados, las tasas de prevalencia son de 1 por 120-250.

En los últimos años las cifras han seguido aumentando, llegando en algunos estudios a una prevalencia de 1 por 80<sup>1</sup>. ¿A qué se deben estas discrepancias? Pueden deberse a una o más de las siguientes razones: se opta por una definición de autismo más laxa; la población que se estudia es de menor tamaño, en cuyo caso las tasas son más altas; se detectan más sujetos en los extremos del cuadro clínico, es decir, con mejor cociente intelectual por un lado y con mayor discapacidad intelectual por otro; asimismo, hay una mayor presión social para que se reconozca el trastorno, y así más financiación y mejores servicios<sup>4</sup>.

El autismo es más frecuente en los niños que en las niñas, en una proporción de 3/1 o 4/1; sin embargo, los casos que se dan en las niñas son más graves y se acompañan de un retraso mental más intenso, lo que tal vez indica que los mecanismos etiopatogénicos no son exactamente los mismos en ambos sexos.

### PUNTOS CLAVE

- El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por el déficit en la comunicación e interacción social, las actividades e intereses restringidos, y las conductas repetitivas.
- Es más frecuente en los chicos que en las chicas.
- Las tasas de prevalencia varían en función de los criterios empleados.

## Características clínicas y diagnóstico

### ► CASO CLÍNICO

Ignacio es un niño de 3 años que acude a la consulta acompañado de sus padres. Es el tercero de 3 hermanos; los 2 primeros son hijos de un primer matrimonio del padre y están sanos. Entre los antecedentes familiares, cabe mencionar que una tía materna sufrió esquizofrenia con síntomas prodrómicos en la infancia. Un primo tiene un trastorno negativista desafiante, y una prima ansiedad ante la posible separación. Los padres están sanos y tienen un nivel cultural alto.

.../...

.../...

Los motivos de consulta son un retraso del lenguaje, la escasa interacción con los padres y la aparición de conductas disruptivas con intensa inquietud y sin noción del peligro. Mira poco a la cara, no echa los brazos para que lo cojan. Aunque no rechaza el contacto físico, enseguida quiere salir corriendo para dedicarse a lo que le gusta, correr e imprimir movimientos repetitivos a juguetes de tamaño pequeño; su conducta en la guardería es similar. El desarrollo motor fue normal, pero la emisión del lenguaje ha sido siempre escasa y se reduce a sonidos ininteligibles, que tampoco tienen carácter propositivo. Presenta un rechazo de la alimentación sólida.

En la exploración destaca una intensa hiperactividad, no deja de correr, no establece contacto visual, no mira a la cara, permanece en su mundo imprimiendo movimientos rotatorios a los juguetes, a los que también chupa con numerosos rituales y estereotipias. No emite bisílabos, sólo ruidos ininteligibles.

Se establece el diagnóstico de autismo y se recomienda ayuda para los padres, que están conmocionados, y en la guardería con un programa de apoyo para niños con autismo, que existe en la localidad donde vive la familia, así como un programa de refuerzo dirigido especialmente a la comunicación, el lenguaje verbal y las estereotipias. A los 6 años continuaba sin mostrar lenguaje verbal, con una ligera mejoría de la atención y persistencia del mal pronóstico.

Los síntomas clínicos del autismo abarcan cuatro áreas fundamentales: la interacción social, los mecanismos de expresión y comunicación, el desarrollo cognitivo y la presencia de conductas de carácter repetitivo y estereotipado<sup>1</sup>. El cuadro clínico varía de acuerdo con la gravedad, la edad del niño y la comorbilidad, especialmente cuando se asocian otros síndromes pediátricos. En la tabla 1 se resumen las características clínicas de acuerdo con la edad del paciente.

**TABLA 1. Síntomas clínicos del autismo según la edad**

Primeros 3 años	
Trastornos del sueño y de la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> <li>• Gustos peculiares</li> <li>• Rechazo de la alimentación sólida</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Llanto frecuente</li> </ul>
Trastornos de la interacción con los padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mira poco a la cara</li> <li>• No echa los brazos para que los padres lo cojan</li> <li>• No sale a recibirlos</li> <li>• No sigue a la madre por la casa</li> <li>• El contacto visual es escaso y poco comunicativo</li> <li>• Retrasos motores ligeros</li> <li>• Retraso del lenguaje verbal</li> </ul>

4-6 años	
Trastorno de la comunicación mímica y gestual, sobre todo con la mirada	
Preferencia por los objetos frente a las personas	
Investigación de los juguetes de carácter estereotipado	
No obedece órdenes, no escucha	
Hiperactividad e inquietud sin noción del peligro	
Lenguaje verbal ausente o peculiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perseverante</li> <li>• Ecológico</li> <li>• Con inversión de pronombres</li> </ul>
Anomalías posturales y de la conducta motriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminar de puntillas</li> <li>• Movimientos de aleteo con los brazos</li> <li>• Dar palmadas</li> <li>• Extender los dedos</li> </ul>
Tendencia a oler objetos o chuparlos	
Respuestas anómalas a los estímulos sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad a sonidos</li> <li>• Hiposensibilidad al frío y al calor</li> <li>• Rechazo del contacto físico</li> </ul>
Reacciones emocionales inadecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto inmotivado</li> <li>• Ansiedad excesiva</li> <li>• Labilidad del humor</li> <li>• No percepción del peligro</li> </ul>
6-12 años	
Déficits cognitivos	
Intenso retraso y trastorno del lenguaje	
Trastorno de la interacción social	
Resistencia al cambio, con intereses extraños y juegos peculiares	
Adolescencia	
Trastorno de la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas emocionales inadecuadas</li> <li>• Respuestas inadecuadas al contexto social</li> </ul>
Trastorno del lenguaje y de la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje no sirve como medio de comunicación</li> <li>• Ausencia de lenguaje imitativo</li> <li>• Falta de creatividad e imaginación</li> <li>• Dificultades de abstracción</li> </ul>
Resistencia a los cambios con actividades repetitivas, restrictivas, rígidas y estereotipadas	

Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

El retraso del lenguaje y la falta de contacto visual y comunicación son signos de alarma y motivo de consulta frecuente en los niños pequeños. Cuando ya caminan, es típica la inquietud, la falta de noción del peligro, el tocar las cosas de manera indiscriminada, mostrarse hiperactivo y no atender a las órdenes o requerimientos de los padres<sup>5</sup>.

Las respuestas a los estímulos sensoriales pueden tener un carácter discrepante; por ejemplo, al niño no le molesta el frío o el calor y, sin embargo, no tolera determinados sonidos. Tampoco le gusta el contacto físico o que lo besen. A medida que aumenta la edad, son más evidentes los déficits cognitivos, el retraso del lenguaje, el desinterés por las relaciones interpersonales, la falta de comunicación y las reacciones emocionales inadecuadas.

En la adolescencia puede mejorar la hiperactividad, pero ésta es también una edad especialmente vulnerable para el desarrollo de crisis epilépticas, sobre todo cuando hay un retraso mental moderado o grave. Las dificultades de comunicación y la tendencia al aislamiento continúan, y los individuos que tienen un mejor cociente intelectual sufren sintomatología depresiva y ansiedad al darse cuenta de sus limitaciones y de las dificultades de relación con sus compañeros. El diagnóstico se basa en la historia clínica y en la aplicación de los criterios diagnósticos CIE-11 y DSM-5. También pueden aplicarse otros instrumentos de evaluación cuando se considere pertinente.

El pediatra debe derivar al paciente cuando sospeche el diagnóstico de TEA para su confirmación; cuando el diagnóstico está claro, pero el paciente requiere tratamiento y cuidados que no están a su alcance; o cuando sospecha otras comorbilidades. En todos los casos debe continuar en contacto con el niño y la familia y seguir su evolución.



## Signos de alerta del autismo<sup>1</sup>

Los signos de alerta del autismo durante los 2 primeros años de vida son:

- No balbucear a los 12 meses.
- No interesarse por otras personas a los 12 meses.
- No ser capaz de sonreír en respuesta a la sonrisa de otros a los 12 meses.
- No reaccionar cuando se le habla a los 12 meses.
- No emplear gestos para comunicarse, como señalar o saludar.
- No utilizar palabras aisladas con carácter propositivo a los 18 meses.
- No hacer frases de 2 palabras de forma espontánea a los 24 meses.
- Alguna pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.
- Ausencia de juego imaginativo a los 24 meses.

La información que dan los padres se completa con la de la guardería, el colegio, los informes médicos y de otras personas que estén en contacto con el niño, de tal modo que pueda conocerse su comportamiento habitual en la vida diaria.

## Curso clínico y pronóstico

Las dificultades de comunicación e interacción personal persisten en un porcentaje alto de casos en función de la gravedad del cuadro clínico, el cociente intelectual y la escolarización. El lenguaje puede mejorar en la edad escolar y durante la adolescencia, así como el contacto social, pero persisten las dificultades de adaptación; rara vez estos adolescentes llegan a tener amigos íntimos, y aún más raramente establecen relaciones permanentes, como casarse cuando son adultos. El lenguaje suele tener un carácter pedante, formalista y con anomalías en la entonación<sup>6</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **El retraso del lenguaje y la falta de contacto visual y comunicación es un signo de alarma de autismo.**
- **La adolescencia es una edad vulnerable para el desarrollo de crisis epilépticas en los casos más graves, y de ansiedad y depresión cuando el cociente intelectual es mejor.**

## Tratamiento

El tratamiento del autismo tiene como objetivo mejorar los síntomas clínicos, ya que no es posible realizar un tratamiento basado en la etiología. La terapia de conducta, los programas educativos, el apoyo y entrenamiento de los padres y el tratamiento farmacológico de carácter temporal para síntomas concretos, como la inquietud o los trastornos del sueño, son las medidas más utilizadas, y sobre ellas se centran los estudios de investigación (figura 1). Las intervenciones psicosociales, especialmente la terapia de conducta y el apoyo y asesoramiento a los padres, son la primera opción terapéutica, por lo que cuanto antes se pongan en marcha, tanto mejor<sup>7</sup>.



Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

**FIGURA 1.** Tratamiento multimodal del autismo

Por otra parte, la gravedad del trastorno, las importantes implicaciones de tipo familiar, económico y social, y el desconocimiento de la etiología han favorecido el empleo de las más variadas –y, por desgracia, muchas veces inútiles, cuando no perjudiciales– intervenciones terapéuticas, como la administración de vitaminas en grandes dosis, las restricciones de la dieta, el electrochoque, la estimulación sensorial y física intensiva, entre otras<sup>2</sup>.

El tratamiento farmacológico del autismo tiene como objetivo fundamental reducir la hiperactividad, la agresividad, la ansiedad excesiva, las estereotipias, las autolesiones y los trastornos del sueño, con el objeto de mejorar el bienestar y la adaptación del niño, y favorecer las posibilidades de aprendizaje<sup>8,9</sup>.

Los fármacos que mejor se conocen son los antipsicóticos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los estimulantes y los estabilizadores del ánimo. Los antipsicóticos atípicos se consideran fármacos relativamente eficaces tanto en los niños como en los adultos<sup>10</sup>. La terapia de conducta y otras intervenciones psicossociales son la primera opción terapéutica, por lo que conviene ponerlas en marcha lo antes posible.



Respecto a los padres, lo primero que hay que hacer es ayudarlos a que superen el impacto emocional del diagnóstico; en segundo lugar, darles de forma gradual información sobre el autismo; en tercer lugar, entrenarlos para que sepan manejar de un modo más eficaz los comportamientos inadaptados y, por último, recomendarles que se pongan en contacto con asociaciones de familias que los puedan ayudar<sup>6,11</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento del autismo es de tipo multimodal.**
- **Comprende la terapia de conducta y farmacológica, el apoyo y entrenamiento de los padres y la escolarización adecuada.**
- **Debe iniciarse lo antes posible. No se ha demostrado la eficacia de las terapias alternativas.**

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Autismo y trastornos generalizados del desarrollo (TGD). En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 682-747.
2. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2020; 145(1): e20193447. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/145/1/e20193447.full.pdf>
3. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002; 8(3): 151-161.
4. Kulage KM, Smaldone AM, Cohn EG. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2014; 44(8): 1.918-1.932.
5. Volkman FR, Lord C, Klin A, Schultz R, Cook EH. Autism and the pervasive developmental disorders. En: Lewis M, Martín A, Volkmar FR, eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. pp. 385-400.
6. Díez A. Autismo y trastornos del espectro autista. En: Moro S, Málaga S, Madero L, eds. *Tratado de pediatría*, 11.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. pp. 41-49.
7. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 2008; 20: 775-803.
8. Kaplan G, McCracken J. Psychopharmacology of autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am*. 2012; 59(1): 175-187.
9. Siegel M. Psychopharmacology of autism spectrum disorder: evidence and practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2012; 21(4): 957-973.
10. Owen R, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, Sikich L, McQuade RD, et al. Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*. 2009; 124(6): 1.533-1.540.
11. González Navarro A, Martos Pérez J, Llorente Comí M, Ayuda Pascual R, Freire S; Equipo DELETREA. *Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos*, 2.ª ed. Madrid: CEPE; 2009.

## CAPÍTULO 4

# Trastornos del aprendizaje

## Introducción

Los trastornos del aprendizaje son un motivo frecuente de fracaso en el colegio y afectan, en términos generales, al 5-6% de los alumnos, con una prevalencia de vida del 10%. Su diagnóstico es fundamental para entender qué es lo que le pasa al niño y ayudarlo, evitando malentendidos, como que es vago o que tiene una discapacidad intelectual, lo que puede traducirse en ansiedad, rechazo del colegio, síntomas depresivos y problemas de conducta. Se trata de trastornos con un elevado componente genético, en los que también influyen factores culturales y sociales que facilitan o dificultan el aprendizaje de los niños. Estos trastornos evolucionan de forma crónica, por lo que las medidas pedagógicas



deben mantenerse a lo largo del tiempo según la gravedad del cuadro clínico. Pueden darse en asociación con otros problemas psiquiátricos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)<sup>1,2</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- Los trastornos del aprendizaje dificultan el rendimiento académico y la adaptación del niño al colegio.
- Pueden dar lugar a problemas emocionales y trastornos de conducta.
- Las medidas pedagógicas deben ponerse en marcha lo antes posible.

## Definición y epidemiología

Los trastornos del aprendizaje comprenden las dificultades en la adquisición de la lectura (dislexia), la escritura (disgrafía), el cálculo (discalculia) y el trastorno del aprendizaje no verbal. Se manifiestan cuando el niño inicia estos aprendizajes y se preceden, en algunos casos, de retrasos del lenguaje. Existe una discrepancia entre el cociente intelectual, que es normal, y el nivel de lectura, escritura y cálculo que el niño debería tener de acuerdo con su edad y en comparación con los niños de su grupo social. Los problemas de aprendizaje dificultan aquellas actividades de la vida diaria en las que leer, escribir y calcular es necesario. Afectan más a los chicos que a las chicas en una proporción que oscila entre 2/1 y 5/1. El diagnóstico se lleva a cabo mediante pruebas de lectura, escritura y cálculo y test de inteligencia, aunque, en algunos casos, el diagnóstico definitivo requiere la evaluación continuada del alumno que no progresa como debiera.

La **dislexia** es el trastorno del aprendizaje que mejor se conoce; es uno de los más frecuentes y se da en todas las lenguas y razas. El niño tiene dificultades para reconocer las letras, deletrear y entender el significado del texto. La dislexia va precedida con frecuencia de retrasos del lenguaje con dificultades de expresión y comprensión, que pueden dar lugar a problemas de conducta y adaptación en el colegio y en casa. Su prevalencia es del 5-17%. Las circunstancias familiares y ambientales desfavorables favorecen su aparición, pero no son factores causales.

La **discalculia** afecta a la capacidad de cálculo y de resolución de problemas. En el cálculo intervienen la atención y el procesamiento fonológico, y en la resolución de problemas la comprensión del lenguaje y el razonamiento. La memoria de trabajo participa en ambas funciones. La incidencia y la prevalencia de la discalculia oscilan entre el 4 y el 8%<sup>3</sup>.

La **disgrafía** se caracteriza por que se alteran el acto mecánico de escribir y la composición del texto. En el primero intervienen la capacidad de percepción y la motricidad fina, y en la segunda el lenguaje oral, las funciones ejecutivas, la automatización y la capacidad de transcripción. La prevalencia oscila entre el 6 y el 22%, y es el menos estudiado de los trastornos del aprendizaje<sup>4</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- Los trastornos del aprendizaje comprenden la dislexia, la disgrafía y la discalculia.
- Son trastornos que se manifiestan pronto y se preceden con frecuencia de retrasos del lenguaje.
- Afectan más a los chicos que a las chicas.

## Clínica, comorbilidad y curso clínico

### ► CASO CLÍNICO

Ana es una adolescente de 15 años que acude a la consulta porque en el colegio les han dicho a los padres que le cuesta mucho aprender, y les han sugerido que no debería hacer el bachillerato. Observan que es lenta, hace faltas de ortografía y tiene dificultades de comprensión en la asignatura de Lengua. Es la segunda de 3 hermanos; los padres trabajan como administrativos y desean que sus hijos reciban la mejor educación. La noticia del colegio ha sido para ellos un mazazo. Entre los antecedentes familiares, cabe mencionar que un primo suyo presenta TDAH y tiene dificultades de aprendizaje; la abuela materna sabe leer, pero sin fluidez, lo que atribuyen a que acudió pocos años a la escuela.

Los padres observan que la niña, que nunca ha dado problemas ni ha perdido ningún curso, está nerviosa, rehúye hablar del colegio, sale menos con las amigas y dedica muchas horas a estar en su cuarto (dice que haciendo los deberes). La profesora de Lengua es nueva este año y han tenido varios desencuentros entre ellas. Las notas han bajado y en Lengua la han suspendido, lo que ha terminado de desanimarla. Por todo ello, los padres deciden consultar.

Se le hacen test psicométricos, en los que Ana obtiene un cociente intelectual de 130, por lo que queda descartada una discapacidad intelectual. Es una niña inteligente, con buena empatía, que se adapta a la consulta y que se siente aliviada. Refiere que le costó mucho aprender a leer, confundía las letras, omitía palabras, las unía, las inventaba y tardaba en captar el significado del texto. Su ritmo de lectura era lento, con numerosas interrupciones y sin respetar la puntuación. Al escribir cometía faltas, con omisiones, confusiones y sustituciones, y la grafía era deficiente. Estas dificultades han mejorado con el tiempo, siempre con un gran esfuerzo por su parte. La nueva profesora de Lengua es seria y muy exigente, y ella se ha desmoralizado. Se le diagnostican dislexia y disgrafía, y se inician tratamiento pedagógico y controles en la consulta con terapia de apoyo. Al cabo de unos años volvió a la consulta para saludar. Había estudiado el bachillerato y una carrera universitaria; sólo quería dar las gracias.

Una característica de los trastornos del aprendizaje es la dificultad que tiene el sujeto para aprender a leer, escribir o calcular sin que sufra una discapacidad intelectual, problemas de audición o visión, ausencia de escolarización u otras causas. Se trata, por tanto, de una dificultad de carácter específico que afecta al rendimiento académico, que corresponde al de un niño con 2 años menos, o que se sitúa con una desviación estándar (DE) 2 puntos por debajo de la media.

Desde el punto de vista clínico, los trastornos del aprendizaje se caracterizan por presentar problemas perceptivos, de coordinación visomotora y de procesamiento de la información, así como por problemas de atención, memoria y lenguaje. El niño tiene dificultades de organización, olvida con facilidad, es lento en la realización de las tareas, tiene problemas de atención y concentración, y necesita supervisión para los deberes. Los niños pueden tener baja autoestima como consecuencia de su fracaso y sentir inseguridad, ansiedad y ánimo deprimido con cambios de humor y baja tolerancia a la frustración<sup>1</sup>.

### Dislexia

La dislexia se caracteriza por tres dificultades concretas en el momento de leer: el reconocimiento y la decodificación de palabras aisladas, la velocidad y fluidez de la lectura, y la comprensión del texto que se lee.

Los síntomas fundamentales son: dificultad para identificar grupos de letras, relacionar letras con sonidos, seguir el orden de las letras; cometer inversiones, omisiones, adiciones, sustituciones, fragmentaciones e invenciones; dificultades para identificar las sílabas que forman una palabra, deletrear, reconocer las palabras, leer de forma segura, mantener el ritmo de lectura, respetar la puntuación y comprender el texto. Son frecuentes los retrasos del lenguaje expresivo, problemas de orientación espacial, lateralidad, orientación temporal y memoria de trabajo, así como una especial dificultad para aprender un segundo idioma. Es frecuente la asociación de dislexia con disgrafía o discalculia. En la tabla 1 se resumen los síntomas más destacados de la dislexia.

**TABLA 1. Síntomas de dislexia**

#### Dificultades de lenguaje

- Errores de pronunciación de palabras largas o complicadas
- Lenguaje inseguro, entrecortado y dubitativo
- Lenguaje impreciso

#### Dificultades de lectura

- Aprendizaje lento y costoso de la lectura
- Ausencia de estrategia para aprender palabras nuevas
- Dificultad para leer palabras nuevas o poco habituales
- Problemas para aprender los conectores del lenguaje, conjunciones, preposiciones y palabras cortas que modifican el significado de la frase, como «en» o «dentro»
- Lectura oral laboriosa y con esfuerzo
- Numerosos errores en los test de elección múltiple
- Incapacidad para terminar los test y exámenes a su tiempo
- Múltiples errores de deletreo
- Lectura lenta y agotadora
- Escritura poco clara con aspecto sucio de los deberes
- Gran dificultad para aprender un idioma extranjero
- Antecedentes familiares de problemas de lectura y de aprendizaje de un idioma extranjero

Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

### Disgrafía

La disgrafía se define clínicamente por tres características básicas: dificultad para escribir correctamente letras y números, escribir palabras de forma espontánea o al dictado, y organizar las palabras en pensamientos. Todo ello se traduce en un cuadro clínico cuyos síntomas son:

- Problemas para formar y escribir palabras.
- Repeticiones de letras, omisiones y uniones.
- Distorsiones en el orden de letras, palabras y números.
- Escritura en espejo.
- Disortografía.
- Dificultades para deletrear.
- Errores gramaticales y de puntuación.
- Mala caligrafía.

La escritura es lenta y costosa, propia de un niño de menor edad y en ocasiones ininteligible. Le cuesta expresar por escrito lo que piensa y sabe, y utiliza frases carentes de lógica.

### Discalculia

El cuadro clínico de la discalculia consiste en la dificultad para el procesamiento de los números, la adquisición de los procedimientos matemáticos y la memorización de los datos matemáticos básicos<sup>5</sup>. Se caracteriza por problemas para:

- Contar, leer y escribir números.
- Entender conceptos básicos de matemáticas.
- Llevar a cabo operaciones de cálculo y de medida.
- Seguir la secuencia de las operaciones.
- Problemas de organización espacial y visomotora.

A los niños les cuesta copiar figuras y tienen problemas de memoria a largo plazo, como recordar datos y conceptos matemáticos que aprendieron con anterioridad, lo que explica la dificultad para recordar enunciados y operaciones y para aprender las tablas de multiplicar.

### Comorbilidad

Los trastornos del aprendizaje se asocian con frecuencia entre sí, especialmente la dislexia y la disgrafía, lo que a su vez aumenta la probabilidad de sufrir ansiedad, depresión y trastornos de conducta, sobre todo TDAH. La comorbilidad con TDAH empeora el pronóstico desde el punto de vista neuropsicológico, académico y de adaptación al medioambiente<sup>6</sup>. Un 40-50% de los niños con TDAH tienen problemas de aprendizaje.

### Curso clínico y pronóstico

El curso clínico de los trastornos del aprendizaje es de tipo crónico y los síntomas tienden a persistir hasta la vida adulta, lo que repercute en la vida laboral y diaria. Los adolescentes sufren ansiedad y ánimo deprimido en mayor medida que otros jóvenes, lo que no impide que puedan acceder a estudios superiores.

### PUNTOS CLAVE

- Los trastornos del aprendizaje son un riesgo de sufrir ansiedad, depresión y trastornos de conducta.
- Se caracterizan por problemas perceptivos, de coordinación visomotora y de procesamiento de la información.

## Diagnóstico y etiopatogenia

El diagnóstico de los trastornos del aprendizaje se basa en el cuadro clínico, en los criterios DSM-5 y CIE-11 y en las pruebas de lectura, escritura, cálculo y cociente intelectual (este último, sólo si se considera preciso). El rendimiento académico debe ser inferior al esperado, situándose 2 DE por debajo de la media, sin que haya retraso mental, falta de escolarización u otras circunstancias ambientales que lo justifiquen. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la discapacidad intelectual, los problemas sensoriales, las dificultades motrices, las enfermedades neurológicas, los problemas psiquiátricos y las circunstancias ambientales que impiden el desarrollo normal del niño<sup>7</sup>.

### Etiopatogenia

En la etiopatogenia de los trastornos del aprendizaje intervienen factores genéticos, de desarrollo del cerebro y de riesgo familiar y social. El componente genético se traduce en anomalías de la maduración, el desarrollo y la función cerebral, perturbándose los procesos cognitivos del aprendizaje de la lectura. Se cree que la base del trastorno es un problema de procesamiento fonológico de causa genética<sup>8</sup>. El modelo fonológico de la dislexia considera que, así como el lenguaje hablado es inherente al sujeto, el lenguaje leído y escrito tiene que aprenderse. Los métodos de tratamiento que se basan en este concepto son los que obtienen mejores resultados<sup>9</sup>.





### PUNTOS CLAVE

- Los retrasos del lenguaje y las dificultades de lectura y escritura en los primeros años son un signo de alerta de trastornos del aprendizaje.
- Hay que descartar una discapacidad intelectual, dificultades de audición y visión y falta de escolaridad.
- En la etiología intervienen factores genéticos y circunstancias ambientales que dificultan el aprendizaje.

## Tratamiento

El tratamiento de los trastornos del aprendizaje es en primer lugar psicopedagógico y debe comenzar nada más establecerse el diagnóstico, pues así mejoran la evolución y el pronóstico. En segundo lugar, hay que tratar la posible comorbilidad, como, por ejemplo, la sintomatología depresiva y ansiosa y los trastornos de conducta. Los síntomas emocionales más frecuentes son: irritabilidad, desánimo, rechazo del colegio, aislamiento, nerviosismo y alteraciones del sueño y de la alimentación. La terapia cognitivo-conductual es la más adecuada para abordar estos trastornos. En tercer lugar, son muy importantes el asesoramiento a la familia y la colaboración con el colegio. Los padres tienen que saber que se trata de problemas crónicos, de larga evolución, y hay que mantener las medidas pedagógicas el tiempo suficiente, con un enfoque optimista, pues la mayoría de los niños mejoran<sup>10</sup>.

### PUNTO CLAVE

- El tratamiento abarca la intervención psicopedagógica, la comorbilidad, el asesoramiento a los padres y la colaboración con el colegio.

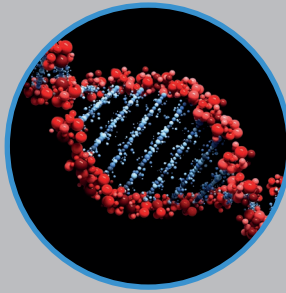




# Conclusiones



Los trastornos del aprendizaje son un campo de investigación muy interesante por su alta prevalencia y las consecuencias que tienen en las personas que los padecen.



El estudio de los factores genéticos y de las estructuras cerebrales implicadas, así como su clasificación y definición más objetiva, permitirán la mejor comprensión de estos trastornos y el avance de los tratamientos.



Los retrasos de lenguaje del niño y la dificultad para empezar a leer y escribir son signos de alerta que el pediatra debe tener en cuenta y, en función de la evolución, remitirlo al especialista para un estudio psicopedagógico.



Los síntomas asociados de tipo depresivo y ansiosos y los problemas de conducta en casa y en el colegio pueden mejorar con terapia de apoyo. La colaboración entre la familia, el colegio y el médico favorece la buena evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Trastornos del aprendizaje. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 1.248-1.276.
2. Grigorenko EL, Compton DL, Fuchs LS, Wagner RK, Willcutt EG, Fletcher JM. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *Am Psychol.* 2020; 75(1): 37-51.
3. Moll K, Kunze S, Neuhoff N, Bruder J, Schulte-Körne G. Specific learning disorder: prevalence and gender differences. *PLoS One.* 2014; 9(7): e103537.
4. Morgan PL, Farkas G, Hillemeier MM, Maczuga S. Who is at risk for persistent mathematics difficulties in the United States? *J Learn Disabil.* 2016; 49(3): 305-319.
5. Soares N, Evans T, Patel DR. Specific learning disability in mathematics: a comprehensive review. *Transl Pediatr.* 2018; 7(1): 48-62.
6. Germano E, Curatolo P. Comorbidity of ADHD and dyslexia. *Dev Neuropsychol.* 2010; 35: 475-493.
7. Domínguez O, Carugno P. Learning disability, 1.ª ed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
8. Fletcher JM. Dyslexia: the evolution of a scientific concept. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009; 15: 501-508.
9. National Institute of Child Health and Human Development (US). ABC report of the National Reading Panel, Teaching Children to Read, 1.ª ed, 2000. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/nrp/Documents/report.pdf>
10. Curtin MJ, Willis DR, Enneking B. Specific learning disabilities: the family physician's role. *Am Fam Phys.* 2019; 100: 628-635. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/1115/afp20191115p628.pdf>

## CAPÍTULO 5

# Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

## Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es, sin duda, uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría. El cuadro clínico se caracteriza por inquietud, dificultades de atención, impulsividad, problemas de aprendizaje escolar y trastornos de la conducta. Se manifiesta en los primeros años de vida cuando el niño acude a la guardería o comienza a ir al colegio. La terminología ha ido cambiando en función de los hallazgos de la investigación: desde la disfunción cerebral mínima hasta el trastorno hipercinético o el TDAH. Es uno de los trastornos psiquiátricos más investigados en las últimas décadas. Se trata de un trastorno que suscita controversia ya que los síntomas, a simple vista, no parecen tener especial gravedad, pero los estudios longitudinales demuestran que el cuadro clínico persiste durante años en más de la mitad de los casos; que el fracaso escolar se mantiene y agrava en la medida en que aumentan las exigencias escolares; y que un porcentaje de niños evoluciona hacia trastornos de conducta en la adolescencia y, algunos, a conductas próximas a la delincuencia. Por tanto, es esencial el rigor en el diagnóstico que detecte a los pacientes que lo sufren y que excluya a aquellos que no lo tienen, o que sufren otros problemas, sabiendo que en pediatría y psiquiatría no es infrecuente que sea necesario esperar a la evolución para establecer un diagnóstico definitivo. La ausencia de tratamiento ensombrece el pronóstico y facilita que otros problemas se vayan añadiendo al cuadro clínico inicial<sup>1</sup>.



### PUNTOS CLAVE

- Existe una controversia en relación con el TDAH por sus características clínicas.
- El diagnóstico debe detectar a los pacientes que lo sufren y excluir a aquellos que no lo tienen.
- No diagnosticar a tiempo empeora la evolución.

## Definición y epidemiología

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con un elevado componente genético, al que se añaden factores de riesgo perinatal, familiar y social. Las características fundamentales del cuadro clínico son la hiperactividad, un periodo corto de atención y la impulsividad, a las que suelen unirse el mal rendimiento escolar y los trastornos de conducta, de modo particular el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de la conducta. Para que la inquietud tenga un carácter patológico, es necesario que sea no sólo excesiva, sino también inadecuada a la edad y a la circunstancia, y que repercuta en la adaptación familiar, escolar y social del niño. La inadecuación es una característica esencial del trastorno, que se reseña en la literatura desde las primeras descripciones.

La dificultad del niño para comportarse de acuerdo con las normas sociales da lugar a conflictos con los padres, los compañeros y los profesores; son frecuentes los accidentes por llevar a cabo actividades peligrosas que no le producen el menor temor; un rendimiento escolar inferior al cociente intelectual; las dificultades de aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo, y sufrir una patología comórbida<sup>2</sup>.

El TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, y las conductas agresivas y los problemas de adaptación e interacción social tienden a persistir en la adolescencia y en la vida adulta. Para algunos autores, se trata de un trastorno de la conducta que se inicia en la infancia y sigue un curso predecible, cuya sintomatología varía en función de la edad<sup>3</sup>.



## Epidemiología

La prevalencia del TDAH se sitúa en torno al 5%, con variaciones de entre el 2 y el 10% en función de los criterios de inclusión y de exclusión de los sujetos, la edad, la fuente de información y los criterios diagnósticos. Estos resultados se constatan ya en trabajos de la década de 1980 y se mantienen en nuestros días<sup>4</sup>.

En una revisión y metaanálisis de 14 trabajos epidemiológicos realizados en España en niños y adolescentes, que abarcan más de 13.000 sujetos, la prevalencia global se sitúa en el 6,8%<sup>5</sup>. El TDAH combinado se observa en el 70% de los pacientes, el inatento en el 18% y el tipo hiperactivo-impulsivo en el 8,3%. La *ratio* hombres/mujeres oscila entre 4/1 y 2/1<sup>1</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con un elevado componente genético y factores de riesgo ambiental.
- Afecta al 5-7% de los niños.
- La hiperactividad es excesiva, inadecuada a la edad y a la circunstancia, y repercute en la adaptación social y el rendimiento escolar.


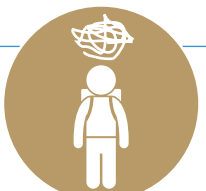
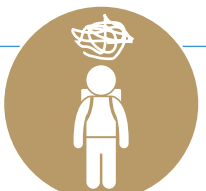
## Clínica, comorbilidad y curso clínico

### ► CASO CLÍNICO

Ana es una niña de 7 años que estudia 2.º curso de educación primaria y va mal en el colegio. Se muestra distraída y olvida con facilidad lo que ha aprendido el día anterior, así como cosas sencillas de la vida diaria. Con frecuencia pierde el abrigo y se deja el material escolar en el colegio, y no es capaz de ordenarlo ni de organizarse para hacer los deberes. Tuvo un ligero retraso de la expresión del lenguaje sin dificultades de comprensión. No tiene problemas de conducta y siempre ha sido sociable. A veces la ven triste y se ha vuelto más retraída con las amigas. Se le diagnosticó un TDAH, que en las niñas se caracteriza porque predominan las dificultades de atención, lo que puede retrasar el diagnóstico. Una vez tratada con metilfenidato y apoyo para los deberes, el aprendizaje evolucionó favorablemente, sin que perdiera ningún curso y con una clara mejoría del estado de ánimo.

El TDAH afecta a todas las áreas de la vida del niño: las relaciones personales, el rendimiento académico, la adaptación a la familia y a la escuela, el desarrollo emocional y la adaptación social. Los síntomas cardinales son la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, a los que se unen las dificultades de aprendizaje, el bajo rendimiento escolar, la deficiente imagen personal, los problemas de conducta y las dificultades de interacción con los compañeros y adultos. Los pacientes tienen problemas con determinadas funciones ejecutivas, como la inhibición de la respuesta, el estado de vigilancia y la memoria de trabajo<sup>6</sup>.

**TABLA 1. Características clínicas y neuropsicológicas del TDAH**

<p><b>Conducta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oposicionismo</li> <li>• Insensibilidad</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Inconstancia</li> <li>• Falta de compromiso a largo plazo</li> <li>• Variabilidad</li> </ul>	
<p><b>Cognición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits cognitivos</li> <li>• Dificultades en la percepción y organización del tiempo</li> <li>• Dificultades de planificación y organización</li> <li>• Dificultades de «memoria de trabajo»:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Memoria inmediata</li> <li>– Recordar y seguir instrucciones</li> <li>– Relacionar conceptos</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Emociones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para regular los afectos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Interiorización del lenguaje</li> <li>– Regulación de la actividad</li> <li>– Regulación de las actividades diarias</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Adaptación social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas con compañeros, profesores y familiares</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Dificultades para entender lo que es y lo que no es apropiado</li> <li>• Rechazo social</li> <li>• Son los síntomas más difíciles de tratar</li> </ul>	

Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

Las características clínicas varían en función de la edad<sup>7</sup>. La gravedad oscila de leve a severa, y se modifica a lo largo del tiempo, en función de la intensidad del trastorno, el diagnóstico temprano, el cumplimiento terapéutico, el cociente intelectual y el nivel socioeconómico de la familia. En la tabla 1 se resumen las características de conducta, cognición, emociones y adaptación social del TDAH.

### Curso clínico y comorbilidad

El TDAH comienza antes de los 12 años en el 90-94% de los pacientes y tiende a evolucionar de forma crónica. Algunas madres observan la inquietud ya durante el embarazo, y una tercera parte de ellas refieren problemas desde los 2 primeros años de vida, especialmente irritabilidad, trastornos del sueño y dificultades de alimentación. El niño se muestra insatisfecho, y las madres no logran que se calme acunándolo o cogiéndolo en brazos, por lo que la madre sufre y se frustra pensando que no sabe cuidarlo, lo que altera la relación madre-hijo<sup>2</sup>.

Los motivos de consulta en la edad preescolar suelen ser la hiperactividad, no prestar atención, no escuchar y no responder de modo normal a los premios y a los castigos. Los padres explican que el niño «no para», «no se entretiene solo», «no escucha», «es un motor en marcha», «nos hemos pasado la vida corriendo detrás de él»... La sintomatología persiste en los años siguientes. Un 50-80% sigue con síntomas en la adolescencia y un 35-65% en la vida adulta. Los adolescentes se caracterizan por un bajo rendimiento escolar y por presentar problemas de disciplina y baja autoestima. Las conductas agresivas indican una mayor gravedad del cuadro clínico.

El 50% de los casos sufre alguna comorbilidad, especialmente TND, trastorno de la conducta, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, tics, trastornos del aprendizaje y consumo de sustancias. La comorbilidad condiciona la evolución del cuadro clínico, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y la adaptación social.

### PUNTOS CLAVE

- **El TDAH se caracteriza por un cuadro clínico de inquietud, déficit de atención e hiperactividad, que afecta a todas las áreas de la vida del niño.**
- **Los síntomas comienzan antes de los 7 años en la mayoría de los pacientes y antes de los 12 en la práctica totalidad.**
- **Evoluciona de forma crónica con síntomas que persisten en la vida adulta.**

## Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH se basa en la correcta evaluación del niño y en la aplicación de los criterios diagnósticos CIE-11 y DSM-5, lo que no excluye el juicio crítico y clínico del médico. Los criterios diagnósticos son la fase final de la evaluación del paciente, y su aplicación no se hace de forma mecánica sino teniendo en cuenta toda la información de que se dispone y la opinión que el médico tiene tras explorar al paciente y hablar con los padres. El DSM-5 amplía la edad de comienzo de los síntomas hasta los 12 años y permite el diagnóstico comórbido con trastorno del espectro autista<sup>2</sup>. Se aceptan tres modos de presentación del TDAH: combinado, hiperactivo y de déficit de atención, respectivamente. El cuadro clínico debe presentarse en más de un ambiente (casa, colegio, consulta del médico) y hay que disponer de varias fuentes de información (padres, colegio...). La gravedad se considera leve, moderada o severa en función de las características del cuadro clínico y de la disfunción o el deterioro que implique, así como del grado de repercusión.

La CIE-11 propone como pautas para el diagnóstico la presencia de déficit de atención e hiperactividad en más de una situación. La intensidad de la alteración debe ser desproporcionada a la edad y al cociente intelectual. La hiperactividad debe manifestarse, sobre todo, en situaciones que requieren una relativa calma, y ser inadecuada respecto a la edad, el cociente intelectual y el ambiente social. El déficit de atención se manifiesta

ta en la frecuente interrupción de las tareas y en la tendencia a no terminirlas. Otras características asociadas, pero no imprescindibles para el diagnóstico, son la desinhibición en las relaciones sociales, la falta de precaución ante situaciones de peligro y el quebrantamiento impulsivo de algunas normas. Cuando los problemas de conducta son intensos, persistentes y sin respeto por las normas sociales, se establece el diagnóstico de trastorno disocial, que corresponde al trastorno de la conducta del DSM-5. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con el TND, la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos del aprendizaje y las dificultades auditivas y visuales<sup>8</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico del TDAH se basa en la correcta evaluación del niño y en la aplicación de los criterios diagnósticos CIE-11 y DSM-5.**
- **La opinión del colegio es muy significativa.**
- **El juicio clínico del médico determina el diagnóstico final.**

## Tratamiento

El tratamiento del TDAH se basa en el cuadro clínico, los síntomas diana que son más perturbadores, la edad del niño, las características de la familia y los recursos disponibles. El tratamiento es de tipo farmacológico, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales, refuerzo del aprendizaje escolar, abordar los problemas de aprendizaje, asesoramiento y formación de los padres y colaboración con el colegio<sup>9</sup>.

El tratamiento farmacológico consiste en la administración de medicamentos estimulantes de acción dopaminérgica, como metilfenidato y anfetaminas, y fármacos no estimulantes de acción noradrenérgica, como atomoxetina, y de acción adrenérgica, como clonidina y guanfacina. Metilfenidato es eficaz en el 70% de los niños y adolescentes con TDAH, y tiene escasos efectos adversos. Actúa sobre los síntomas centrales del cuadro clínico (hiperactividad, impulsividad, déficit de atención) y mejora el rendimiento académico, la adaptación familiar y social, la imagen personal y el control de los impulsos. Existen formulaciones de metilfenidato de acción inmediata, retardada y sostenida. Los efectos adversos más frecuentes son la disminución del apetito, el insomnio y los cambios en la presión arterial. Suelen ser de carácter leve y rara vez es necesario suspender el tratamiento<sup>10</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento del TDAH se basa en el cuadro clínico.**
- **Comprende tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales.**
- **Metilfenidato, la terapia de conducta, el refuerzo del aprendizaje escolar y el asesoramiento a los padres son las medidas más eficaces.**



# Conclusiones



El TDAH es un trastorno de la conducta que se inicia en la infancia y sigue un curso predecible, cuya sintomatología varía en función de la edad. Afecta al 5-7% de los niños, con tasas más altas en los varones, y evoluciona de forma crónica.



Las dificultades de atención son el cuadro predominante en las niñas, lo que contribuye a que no se diagnostiquen, hecho que también sucede cuando el motivo de consulta son los síntomas depresivos y la ansiedad.



Es un trastorno que se caracteriza por tener un elevado componente genético y por estar implicados los mecanismos de neurotransmisión noradrenérgica, así como los factores de riesgo perinatal (fumar durante el embarazo) y ambiental (medio social desfavorecido).



El tratamiento farmacológico con estimulantes es eficaz en el 70% de los pacientes cuando no hay comorbilidad. La terapia cognitivo-conductual, la ayuda para el aprendizaje escolar y el asesoramiento a los padres son medidas que mejoran el pronóstico.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mardomingo MJ. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 748-811.
2. Mardomingo MJ. Abordar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la práctica clínica, 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019. Edición digital, 2020.
3. Spetie LA, Arnold EL. Attention-deficit hyperactivity disorder. En: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook, 5.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
4. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 434-442.
5. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry.* 2012; 168(12): 1-13.
6. Magnus W, Nazir S, Anilkumar AC, Shaban K. Attention deficit hyperactivity disorder, 1.ª ed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
7. Thapar A, Riglin L. The importance of a developmental perspective in psychiatry: what do recent genetic-epidemiological findings show? *Mol Psychiatry.* 2020; 25(8): 1.631-1.639.
8. Jerome D, Jerome L. Approach to diagnosis and management of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Can Fam Physician.* 2020; 66(10): 732-736.
9. Shrestha M, Lautenschleger J, Soares N. Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a review. *Transl Pediatr.* 2020; 9 Supl 1: 114-124.
10. Mardomingo MJ. Psicofarmacología. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 1.065-1.120.

## CAPÍTULO 6

# Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia

## Introducción

La anorexia nerviosa y la bulimia irrumpen en la segunda mitad del siglo xx como una seña de identidad de una época en la que la belleza y la personalidad se identifican con la delgadez. No son trastornos nuevos, pero hay un aumento de las tasas de prevalencia en las que la presión social es, sin duda, un factor de riesgo. El grupo más vulnerable son las mujeres, pero también afectan a los hombres, aunque en menor proporción.

El progreso económico modifica los hábitos y los modos de comer, aumenta la oferta de alimentos, cambia el significado de la comida, y se asume como ideal el canon estético de la delgadez. Estar delgado significa éxito y aceptación social, y no lograrlo equivale a discriminación y rechazo. La obesidad, la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracones aumentan su incidencia, y se da la gran paradoja de que, mientras la



obesidad se convierte en una epidemia que afecta a más de la mitad de la población en algunos países, en otros la gente muere de hambre y desnutrición. Son las contradicciones y desequilibrios de un mundo en el que unos individuos mueren de hambre, otros por comer en exceso y algunos por negarse a comer, mientras que otros convierten el acto de comer en un ritual de atracones y vómitos desquiciante<sup>1</sup>.

Los trastornos de la alimentación son más frecuentes en la adolescencia, pero no son pocos los casos en que los síntomas empiezan antes de los 12 años, por lo que es fundamental que el pediatra los conozca y diagnostique.

### PUNTOS CLAVE

- **Los trastornos de la alimentación han aumentado en las últimas décadas y tienen serias consecuencias en la salud y la vida de las personas.**
- **Son trastornos típicos de la adolescencia y la juventud, pero puede haber síntomas clínicos y señales de alarma desde la infancia.**
- **La moda y las corrientes estéticas están implicadas en su etiología.**

## Definición y epidemiología

Los trastornos de la alimentación comprenden la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones, el trastorno restrictivo de la ingesta de alimentos, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, la pica, el trastorno por rumiación y la obesidad. En este capítulo se abordan la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracones.

La anorexia nerviosa y la bulimia tienen tres características en común: la preocupación por el peso y por la figura corporal, la dificultad para mantener el peso dentro de los límites fisiológicos, y el despliegue de una serie de estrategias patológicas en relación con los hábitos de alimentación, que implican serias consecuencias médicas y psiquiátricas<sup>2</sup>.

La **anorexia nerviosa** es una enfermedad grave, con una elevada morbilidad médica y psiquiátrica, que evoluciona de forma crónica, es resistente a los tratamientos, termina con la muerte de un número no insignificante de pacientes, y afecta a gente cada vez más joven, con un descenso de la edad de comienzo de los síntomas, de tal forma que las niñas que aún no han cumplido los 12 años han dejado de ser una rara excepción, al mismo tiempo que se observa una tendencia al aumento en los varones. Es una enfermedad propia de sociedades desarrolladas que rinden culto a la delgadez del cuerpo.

Existen dos tipos: la anorexia restrictiva, en la que el método para adelgazar consiste en hacer dieta, ayuno y ejercicio; y la anorexia purgativa, en la que el paciente se da atracones que se siguen de vómitos y de otras medidas adelgazantes, como tomar purgantes, diuréticos y enemas.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de atracones al comer, que consisten en tomar grandes cantidades de comida en un periodo de tiempo concreto (menos de 2 horas), experimentando la sensación de que se ha perdido el control y de que no se puede parar, ni regular lo que se come ni la cantidad que se come.

Para evitar la ganancia de peso, el paciente toma ciertas medidas, como provocarse el vómito, tomar laxantes y diuréticos, ayunar o hacer ejercicio de forma exagerada. Estas medidas purgativas y los atracones se producen, al menos, 1 vez a la semana durante 3 meses, y no tienen lugar en el contexto de una anorexia nerviosa. No es infrecuente que se alternen periodos de ayuno y de atracones.

La insatisfacción con la imagen corporal da lugar a baja autoestima, mala imagen personal y sentimientos de culpa, así como a oscilaciones del ánimo. En la mayoría de los casos, el peso es normal o superior al normal, y es poco frecuente en los sujetos obesos. Aunque la bulimia nerviosa puede presentarse de forma aislada, en el 50% de los casos es consecutiva a una anorexia nerviosa<sup>1</sup>.

El **trastorno por atracones** presenta unas características clínicas semejantes a las de la bulimia nerviosa, con una diferencia fundamental: el paciente no desarrolla medidas compensatorias de los atracones que tendrían como objetivo evitar la ganancia de peso.

### Epidemiología

No se conocen con exactitud las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos de la alimentación. Una revisión de 94 trabajos publicados entre 2000 y 2018 indica una prevalencia del 4,6% en Estados Unidos, del 3,5% en Asia y del 2,2% en Europa. La prevalencia es mayor en las mujeres (5,7%) que en los varones (2,2%)<sup>3</sup>. La mayoría comienzan en la adolescencia y en los primeros años de la juventud, y la evolución no suele ser favorable<sup>4</sup>.

En Europa la incidencia de la anorexia nerviosa se ha mantenido estable en las últimas décadas, con tasas entre 4,2 y 7,7 casos nuevos por 100.000 habitantes, y un predo-



minio en las mujeres de 15-19 años<sup>2</sup>. La prevalencia de la anorexia nerviosa es del 0,5%, y la de la bulimia se sitúa en torno al 1-1,5%<sup>1</sup>. En un estudio español realizado en adolescentes y jóvenes, la prevalencia de la bulimia es del 0,8% en las mujeres y del 0,3% en los varones<sup>5</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- Los trastornos de la alimentación se caracterizan por restricciones en la dieta, vómitos y atracones, con serias consecuencias médicas y psicológicas. Afectan al 4% de la población.
- La prevalencia de la anorexia nerviosa es del 0,5% y la de la bulimia en torno al 1-1,5%.

## Clínica, comorbilidad y curso clínico

### ► CASO CLÍNICO

Andrea es una niña de 8 años que acude a la consulta con sus padres debido a una pérdida de peso y a la negativa a comer desde hace 3 meses. Es una niña muy inteligente y los padres y profesores la describen como «adelantada a su edad». Saca notas magníficas, tiene un alto nivel de aspiración y es muy perfeccionista. De pequeña tenía gustos particulares para comer, era caprichosa y su dieta se limitaba a ciertos alimentos, pero el estado nutritivo siempre fue bueno hasta este momento. Pone pretextos para no comer, rechaza los alimentos que ella considera que engordan, vigila a la madre cuando cocina, exige que le pongan cantidades cada vez más pequeñas, esparce la comida por el plato para disimular que no ha comido y se esconde en el baño para pesarse. No se provoca vómitos ni adopta otras medidas purgativas. Hace todo el ejercicio que puede y tiene oscilaciones del humor. En la familia existe el antecedente de que la abuela materna sufrió anorexia nerviosa y, aunque se encuentra bien, «sigue con manías». Hablando con la niña, ésta refiere que empezó a preocuparse por su aspecto físico desde hacía aproximadamente 1 año, a partir de un día en que una amiga la llamó «gorda». Entonces empezó a obsesionarse con su aspecto y con la necesidad de adelgazar y controlar el peso. Habla como una niña mayor y conoce todo lo que debe hacer para lograr su objetivo. Se diagnostica de anorexia nerviosa y se somete a psicoterapia, con buena colaboración por su parte. La evolución fue positiva, y al cabo de 2 años estaba libre de síntomas. La actitud de los padres apoyando a la hija fue fundamental.

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el miedo intenso e irreprimible del paciente a engordar, lo que le lleva a una restricción estricta de la dieta hasta lograr el peso ideal que nunca llega, ya que hay una profunda distorsión de la percepción de la imagen corporal y el paciente siempre se ve gordo. La reducción de la cantidad de comida se traduce en una intensa pérdida de peso, que puede llegar a la desnutrición extrema. El miedo, la aversión y el rechazo irrefrenable a ganar peso, y el trastorno de la percepción de la imagen corporal son los síntomas principales.

El hambre que sufre el paciente como consecuencia de las restricciones es muy intensa, sobre todo al principio, con pánico a perder el control y comer de forma desquiciada, lo que se traduce en atracones que se viven como una gran humillación. La pérdida de peso tiene como consecuencia la aparición de alteraciones neuroendocrinas (amenorrea en las mujeres, pérdida o disminución del impulso sexual en los varones), cambios de carácter con disforia, ánimo deprimido, irritabilidad y componente obsesivo que, a su vez, suponen problemas y conflictos con la familia, que no comprende lo que pasa pero que se da cuenta de que el niño o el joven han cambiado, pierden peso, niegan tener algún problema, se aíslan progresivamente de los amigos y sufren una disminución del rendimiento intelectual<sup>1</sup>.

El factor desencadenante del cuadro clínico puede ser un régimen por sobrepeso u obesidad que se estaba haciendo, un comentario anodino de los amigos sobre el aspecto físico o un anuncio de los medios de comunicación<sup>6</sup>.

En cualquier caso, el paciente ya era vulnerable por razones genéticas, de personalidad o presencia de conflictos familiares o ambientales. A partir de ese momento comienzan la restricción de comida, los vómitos, el ejercicio físico, la ingesta de laxantes y diuréticos, los engaños a la familia, el ánimo deprimido y las ideas obsesivas y de suicidio (tabla 1).

En la anorexia restrictiva no hay atracones, lo que es propio de la purgativa. Al cabo de un tiempo de restricción de alimentos, aparece amenorrea y van surgiendo otras muchas complicaciones médicas (tabla 2). El paciente está convencido de que su bienestar depende de tener un peso más bajo y de que todo estará bien a partir de ese momento, pero, por muy bajo que sea el peso, nunca es suficiente.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por la presencia de episodios de ingesta rápida de grandes cantidades de comida que se siguen de vómitos provocados, con la sensación del paciente de que ha perdido el control sobre sí mismo. Estos episodios pueden presentarse de forma espontánea sin que pueda señalarse un factor desencadenante, o ser consecutivos a un profundo sentimiento de frustración, ansiedad, soledad o hastío, lo

**TABLA 1. Conductas adelgazantes en la anorexia nerviosa**

- Disminución de la ingesta de alimentos que engordan (grasas, hidratos de carbono)
- Disminución de la ingesta total de alimentos
- Disminución de la ingesta de líquidos
- Vómitos provocados
- Toma de laxantes y diuréticos
- Incremento del ejercicio físico
- Manipulación peculiar de la comida
- Vigilancia de la elaboración de las comidas
- Conductas de engaño escondiendo y tirando los alimentos

Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

**TABLA 2. Complicaciones de la anorexia nerviosa****Frecuentes**

- Bradicardia
- Hipotensión
- Cambios inespecíficos en el electroencefalograma
- Hipopotasemia
- Alcalosis metabólica hipoclorémica
- Edema
- Estreñimiento
- Caries
- Disminución de T4
- Aumento de T3
- Aumento del cortisol
- Amenorrea
- Alteración de la respuesta a dexametasona
- Patrón de secreción de FSH-LH prepuberal
- Hipercolesterolemia
- Piel seca
- Lanugo
- Disminución de la masa ósea

**Menos frecuentes**

- Arritmias
- Hipotermia
- Anemia
- Hipercarotenemia
- Atrofia cortical reversible
- Aumento del nitrógeno ureico en sangre
- Miopatía

**Raras**

- Cardiomiopatía
- Dilatación gástrica
- Síndrome de la arteria mesentérica superior
- Osteoporosis y fracturas patológicas
- Trombocitopenia
- Convulsiones
- Fracaso renal



Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

que genera en el sujeto un estado de «ansia» e insatisfacción que sólo cede con la ingesta voraz y descontrolada de alimentos. Su duración oscila desde unos minutos hasta varias horas, y suelen ser interrumpidos por molestias digestivas o por la llegada de otras personas. Los alimentos que se comen con más frecuencia son grasas y azúcares de alto contenido calórico. Otros síntomas son el uso de laxantes y diuréticos, el



ejercicio físico excesivo y los sentimientos de culpa, disforia y vergüenza. Las complicaciones más frecuentes se deben a los vómitos, la distensión gástrica y las alteraciones hidroelectrolíticas. No son raras la rotura de esófago ni las ideas de suicidio.

### Comorbilidad

Los trastornos de la alimentación se asocian a otras enfermedades psiquiátricas que, en ocasiones, preceden su comienzo, otras veces se manifiestan después, y en la mayoría de los casos empeoran el curso clínico y complican el tratamiento. Los más frecuentes son los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, la sintomatología obsesivo-compulsiva, los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias.

### Curso clínico

La anorexia nerviosa se caracteriza por un curso clínico de tipo crónico y por unas tasas de mortalidad de las más elevadas en psiquiatría, que oscilan entre el 10 y el 20% en función del periodo y la edad de los sujetos estudiados. Uno de cada 4 pacientes muere por suicidio. Se trata de una enfermedad grave y resistente a las intervenciones terapéuticas. En una revisión de 119 estudios, se observó que menos de la mitad de los pacientes se había recuperado, el 33% había mejorado y el 20% seguía un curso crónico<sup>7</sup>.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por un curso clínico fluctuante que persiste con el tiempo y en el que se alternan fases de mejoría con otras de empeoramiento, lo cual la diferencia de la anorexia nerviosa, que tiende al curso crónico y no termina de remitir. La bulimia se caracteriza por frecuentes recaídas y periodos de recuperación, con fluctuaciones de la sintomatología y fases graves con riesgo de muerte, tanto por suicidio como por roturas de esófago o estómago consecutivas a vómitos y atracones<sup>8</sup>.

Tanto en la anorexia como en la bulimia la evolución depende de la gravedad del cuadro clínico, la rapidez del diagnóstico y del comienzo del tratamiento, y la patología comórbida.



### PUNTOS CLAVE

- La anorexia nerviosa y la bulimia son síndromes complejos con una frecuente comorbilidad médica y psiquiátrica.
- La distorsión en la percepción de la imagen corporal es uno de los síntomas centrales de la anorexia nerviosa.
- Esta distorsión no es tan acusada en la bulimia, pero en ambos casos la preocupación por la imagen corporal es una de las claves de la identidad personal.

## Evaluación y diagnóstico

La **evaluación** abarca los síntomas del trastorno de la alimentación y de la patología comórbida, así como de las posibles complicaciones<sup>2</sup>. Hay que partir de que el paciente suele negar la gravedad de lo que le pasa. Es importante conocer cuándo comenzaron los primeros síntomas, su evolución, los factores desencadenantes y los que contribuyeron al mantenimiento, el estado de ánimo, la ansiedad, los cambios en las relaciones sociales y en la interacción familiar, los hábitos de alimentación, los tratamientos, la respuesta y el cumplimiento de los mismos, las recaídas y sus circunstancias, los antecedentes familiares, los intereses vocacionales y profesionales, y las expectativas de cara al futuro<sup>1</sup>. Otro aspecto que cabe destacar es la actitud de los padres ante la enfermedad. En la tabla 3 se resumen los datos que hay que tener en cuenta en relación con el peso, la alimentación, las conductas purgativas, el ejercicio físico y los medios que pone el paciente para no engordar. Hay que efectuar análisis de sangre, determinar los niveles de coagulación, hormonas y perfil metabólico, y realizar un electrocardiograma, entre otras medidas, dadas las posibles complicaciones que pueden presentar estos pacientes.



**TABLA 3. Evaluación de los trastornos de la alimentación**

<p><b>Peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actual</li> <li>• Máximo</li> <li>• Mínimo</li> <li>• Oscilaciones</li> </ul>	
<p><b>Alimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la forma de comer (excusas, hacerlo a solas o a horas distintas a la familia)</li> <li>• Cuándo y dónde come</li> <li>• Cuánto come</li> <li>• Qué come</li> <li>• Atracones (frecuencia, intensidad, momento, consecuencias)</li> </ul>	
<p><b>Conductas purgativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómitos</li> <li>• Laxantes</li> <li>• Enemas</li> <li>• Diuréticos</li> <li>• Fármacos</li> </ul>	
<p><b>Control del peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rituales de pesarse, con qué frecuencia</li> <li>• Recuento de calorías</li> <li>• Comentarios de estar gordo</li> <li>• Mirarse en el espejo</li> <li>• Acusado interés por la preparación y la compra de los alimentos</li> <li>• Rechazo de grasas e hidratos de carbono</li> <li>• Rituales para comer</li> <li>• Temor a no controlar la cantidad que se come y a no poder parar</li> </ul>	
<p><b>Actividad física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio físico, cuál y cuánto tiempo</li> <li>• Andar, correr, montar en bici, subir escaleras</li> <li>• No permanecer sentado ni estar tranquilo en la silla</li> <li>• Menstruación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Edad de la menarquia</li> <li>– Regularidad de los ciclos</li> <li>– Último ciclo</li> </ul> </li> </ul>	

Tomada de: Mardomingo<sup>1</sup>.

El **diagnóstico** se establece aplicando los criterios DSM-5 y CIE-11. Los síntomas fundamentales de la anorexia son: pérdida de peso por rechazo del alimento, intenso temor a ganar peso y distorsión de la imagen corporal. El índice de masa corporal (IMC) debe ser inferior a 17,5. La amenorrea no es un signo necesario o relevante a este respecto, ya que no se da en los hombres ni antes de la pubertad en las mujeres; en cualquier caso, es un

síntoma significativo. La gravedad de la enfermedad se clasifica como leve (IMC  $\geq 17,5$ ), moderada (IMC 16-16,99), grave (IMC 15-15,99) y extrema (IMC  $< 15$ ).

El diagnóstico de bulimia nerviosa se basa en los siguientes criterios: episodios recurrentes de atracones con sensación de perder el control; conductas purgativas que se dan con una frecuencia semanal; intenso malestar con la imagen corporal y atracones. Además, los síntomas no forman parte de un cuadro de anorexia nerviosa. La gravedad del cuadro clínico se determina en función del número de conductas compensatorias. Se considera leve si hay 1-3 episodios a la semana, y grave cuando se superan los 14.

### PUNTOS CLAVE

- **La evaluación de los trastornos de la alimentación requiere experiencia por parte del médico y empatía con el paciente que niega sus problemas.**
- **La información de la familia es fundamental.**
- **El diagnóstico se basa en los criterios DSM-5 y CIE-11.**

## Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de la alimentación tiene como objetivo la recuperación del peso del paciente hasta lograr un IMC de 19-21, evitar las recaídas, mejorar el estado de ánimo y las distorsiones cognitivas, y lograr su incorporación a la vida normal<sup>9</sup>. El tratamiento nutricional, la psicoterapia y la colaboración de la familia son los tres ejes de la intervención. El tratamiento se hace en régimen hospitalario, ambulatorio o en hospital de día, en función de la gravedad del cuadro clínico y de la colaboración del paciente. En términos generales, el tratamiento médico, la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de familia y el tratamiento farmacológico en algunas circunstancias, son las medidas terapéuticas que se recomiendan en los niños y adolescentes<sup>1,2,10</sup>.

### PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento de los trastornos de la alimentación es complejo.**
- **La psicoterapia, la recuperación del estado nutritivo y el asesoramiento a la familia son las medidas recomendadas.**

# Conclusiones



Los trastornos de la alimentación afectan sobre todo a los jóvenes y a las mujeres, y tienen serias consecuencias médicas y psiquiátricas.



En su etiología intervienen factores genéticos, neuroendocrinos, de personalidad y de carácter ambiental.



El tratamiento se dirige a restaurar la nutrición, el estado de ánimo y las distorsiones cognitivas, además de intentar evitar las complicaciones.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mardomingo MJ. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 926-989.
2. Halmi KA. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. En: Lewis M, Martín A, Volkmar FR, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. pp. 385-400.
3. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019; 109(5): 1.402-1.413.
4. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 25(8): 903-918.
5. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González M, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc).* 2000; 114(13): 481-486.
6. Rastogi R, Rome ES. Restrictive eating disorders in previously overweight adolescents and young adults. *Cleve Clin J Med.* 2020; 87(3): 165-171.
7. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002; 159: 1.284-1.293.
8. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2009; 166: 1.342-1.346.
9. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutr Hosp.* 2018; 35 Supl 1: 11-48.
10. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2020; 8: 1-80.

## CAPÍTULO 7

# Depresión

## Introducción

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo. Su reconocimiento en la infancia tuvo lugar hace medio siglo. El cuadro clínico es similar en los niños, adolescentes y adultos, aunque está modulado por la edad, con unos síntomas más propios de la infancia y otros de la adolescencia<sup>1</sup>. La prevalencia ha aumentado entre los jóvenes a lo largo de las últimas décadas, lo que se atribuye a determinadas características del estilo de vida actual: soledad, menor contacto personal, trabajo excesivo, vida sedentaria, competitividad, alimentación inadecuada, obesidad, carencia de sol, pocas horas de sueño y enfoque materialista de la vida. Estas características aumentan también el riesgo de sufrir enfermedades metabólicas y cardiovasculares, obesidad y enfermedades crónicas. El síntoma fundamental de la depresión es la tristeza, la «melancolía» clásica, que hunde al sujeto en el desaliento, el desánimo, el anonadamiento y el dolor. En los niños es muy frecuente la irritabilidad. La depresión suele tener un carácter recurrente, y la aparición de un episodio suele precederse de acontecimientos vitales estresantes.





### PUNTOS CLAVE

- La depresión es una enfermedad de la época contemporánea, con un claro aumento en todas las edades, particularmente en los jóvenes.
- La tristeza es el síntoma predominante, con serias repercusiones en la vida del niño.

## Definición y epidemiología

La palabra *depresión* proviene del latín *deprimere*, que significa «hundimiento del ánimo», una característica que define el trastorno. La definición es la misma en los niños que en los adultos, ya que se trata de una única entidad, aunque con algunas diferencias desde el punto de vista clínico, etiopatogénico, pronóstico y de respuesta al tratamiento. La depresión de los niños se caracteriza por tristeza, anhedonia, irritabilidad, incapacidad para disfrutar y sensación de aburrimiento. Este cuadro clínico tiende a persistir en el tiempo si no se diagnostica y no se trata, no mejora con actividades que hacen disfrutar en circunstancias normales, y repercute en la calidad de vida y en el bienestar del paciente. No se trata de simples variaciones del humor de un niño normal precisamente por estas características de persistencia, intensidad del sufrimiento, limitación de la vida diaria y presencia de otros síntomas comórbidos.

### Epidemiología

Las tasas de depresión se sitúan en torno al 1-2% en los niños y al 3-11% en los adolescentes, con una prevalencia de vida del 20% al final de la adolescencia<sup>2</sup>. En estudios españoles, la prevalencia de depresión mayor es del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adoles-





centes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. La prevalencia en preescolares es del 1,12%. Un 10-26% de los adolescentes sufre sintomatología depresiva, que es grave en el 2% y leve en el 8%<sup>3</sup>. La depresión afecta por igual a los chicos que a las chicas en la infancia, en una proporción 1/1, pero a partir de la pubertad afecta más a las mujeres, con una *ratio* de 2/1, lo que se atribuye a los cambios hormonales propios de esa etapa, a que las mujeres sufren más ansiedad, y a razones sociales y culturales<sup>4</sup>. Las tasas también son más altas en los países desfavorecidos.

### PUNTOS CLAVE

- La depresión es más frecuente en los adolescentes que en los niños, y en las mujeres que en los varones.
- Las mujeres son más vulnerables por razones genéticas, hormonales, sociales y culturales.

## Clínica, comorbilidad y curso clínico

### ► CASO CLÍNICO

Laura es una adolescente de 14 años que acude al Servicio de Urgencias del hospital por haberse arrojado por un puente de la M-30 en Madrid. A primera hora cogió la mochila, como todos los días, y dijo que se iba al colegio. Los padres la habían observado más irritable y callada de lo normal coincidiendo con el comienzo del curso, y lo atribuyeron a esa circunstancia porque también le había pasado el curso anterior. Ingresa con múltiples fracturas y un cuadro de anhedonia, apatía, deseos de muerte, tristeza y pesimismo, con muy mala imagen personal y sentimientos de desvalimiento. Está convencida de que la muerte es la única solución a sus problemas; reconoce que tiene ideas de suicidio desde hace 2 años, con periodos de mejoría y empeoramiento, sobre todo coincidiendo con frustraciones que no atribuye a circunstancias ambientales, sino a defectos y debilidades personales. Hace 15 días rompió con un chico, lo que le afectó profundamente. Los deseos de muerte se intensificaron y pensó en un plan concreto para suicidarse. Quiso que fuera rápido y eficaz. Presenta una actitud ambivalente ante lo que ha hecho, ya que no sabe si volvería a repetirlo. Entre los antecedentes familiares, cabe mencionar que la madre sufrió una depresión en la adolescencia y una prima materna de la madre sufre depresiones. Se establece el diagnóstico de depresión y se instauro tratamiento farmacológico, psicoterapia y psicoeducación de los padres, que no habían captado las variaciones de ánimo de la niña. Se clasifica como segundo episodio depresivo de carácter grave. En este caso concurren vulnerabilidad genética, acontecimientos vitales estresantes y falta de protección por parte del medio familiar.

Los síntomas y manifestaciones de la depresión en los niños varían en función de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional del sujeto, y la capacidad verbal para expresar emociones y sentimientos. En la tabla 1 se exponen los síntomas más frecuentes según la edad. Se puede observar que en el niño pequeño con depresión son carac-

**TABLA 1. Sintomatología y edad en la depresión**

Etapa preescolar	Etapa escolar	Adolescencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Apatía</li> <li>• Falta de interés</li> <li>• Falta de colaboración con los padres</li> <li>• Mímica y gesto tristes</li> <li>• Crisis de llanto</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Ansiedad ante la posible separación de los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión triste</li> <li>• Llanto</li> <li>• Hiperactividad o lentitud motriz</li> <li>• Sentimientos de desesperanza</li> <li>• Deficiente imagen personal</li> <li>• Descenso del rendimiento escolar</li> <li>• Dificultades de concentración</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Gastralgias</li> <li>• Apatía</li> <li>• Sentimientos de culpa</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Ideación suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ánimo deprimido o irritable</li> <li>• Pérdida de interés o placer</li> <li>• Dificultades de concentración</li> <li>• Lentitud o agitación psicomotriz</li> <li>• Cansancio</li> <li>• Anorexia o bulimia</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Sentimientos de inutilidad y desvalimiento</li> <li>• Lentitud de pensamiento</li> <li>• Dificultad para tomar decisiones</li> <li>• Ideas de suicidio</li> <li>• Intentos de suicidio</li> <li>• Consumo de drogas</li> </ul>

Tomada de: Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte, 2.ª ed. Madrid: Narcea; 2008.

terísticas la irritabilidad, la negativa a separarse de los padres, los cambios en la actividad motriz y la falta de colaboración, y en el niño en edad escolar aparecen ya las dificultades de concentración, el ánimo deprimido e incluso las ideas de suicidio. En los adolescentes, el cuadro clínico es similar al del adulto. Las ideas de suicidio pueden estar presentes desde hace tiempo y, aunque son más frecuentes a partir de la pubertad, también se dan en niños más pequeños. Se calcula que el suicidio es la tercera causa de muerte de los adolescentes y constituye, sin duda, la complicación más grave de la depresión<sup>3</sup>.

### Comorbilidad

La comorbilidad es una de las características de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes, lo que es notorio en la depresión. Tanto en estudios clínicos como epidemiológicos, el 40-70% de los pacientes presenta un trastorno psiquiátrico asociado y un 20-50% sufre 2 o más patologías. Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad (30-80%), el trastorno distímico (30-80%), los trastornos de la conducta (10-20%), el

abuso de sustancias (20-30%), el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de despersonalización<sup>1</sup>. El cuadro depresivo puede ser secundario a un trastorno previo, especialmente los siguientes: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y enfermedades pediátricas. El abuso de alcohol y drogas puede preceder al cuadro depresivo, lo que es más frecuente, o bien ser una consecuencia<sup>4</sup>. La comorbilidad empeora el pronóstico, ya que disminuye la eficacia del tratamiento, se alarga la duración del episodio depresivo, favorece la aparición de sintomatología suicida, y al paciente le cuesta más adaptarse a la vida cotidiana<sup>5</sup>.

### Curso clínico y pronóstico

La evolución de los trastornos depresivos en la infancia y adolescencia no es favorable; en términos generales, se caracteriza por la persistencia de patología a lo largo del tiempo y por las frecuentes recaídas<sup>6</sup>. El episodio depresivo se prolonga durante 7-9 meses y la probabilidad de que se produzca una recaída es del 40% al cabo de 2 años y del 72% a los 5 años. Las tasas de recurrencia en la vida adulta son del 60-70%<sup>1</sup>.

Sufrir un episodio de depresión aumenta el riesgo de volver a sufrir otros posteriormente, casi siempre en relación con factores ambientales estresantes. Es muy probable que los episodios depresivos induzcan cambios neuroquímicos que aumentan la vulnerabilidad del individuo a las adversidades de la vida, disminuyendo su capacidad de respuesta y adaptación al estrés. Así, los acontecimientos vitales estresantes adquieren una capacidad desestabilizadora que antes no tenían. Entre éstos destacan los conflictos familiares, la falta de afecto, la depresión de los padres, el abuso sexual u otras circunstancias traumáticas. La comorbilidad es otro factor de mal pronóstico. Los conflictos continuos en el medio familiar aumentan la tristeza y los sentimientos de desesperanza del paciente.

#### PUNTOS CLAVE

- **Los síntomas clínicos de la depresión varían en función de la edad y la capacidad de expresión del niño.**
- **La irritabilidad y la negativa a la separación de los padres son síntomas propios de los niños pequeños.**
- **La conflictividad familiar empeora el pronóstico.**

## Diagnóstico y evaluación

El diagnóstico se realiza de acuerdo con los criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-11. El DSM-5 requiere la presencia de 5 de 9 síntomas posibles. Otros trastornos depresivos son el trastorno adaptativo con ánimo deprimido, que acontece como respuesta a una situación estresante; y el trastorno depresivo no especificado, que consta de un síntoma central, como tristeza, irritabilidad o anhedonia, junto con otros tres síntomas

de depresión mayor. En la CIE-11 recibe la denominación de episodio depresivo leve. Ambos son de carácter leve.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con las enfermedades pediátricas que se acompañan de sintomatología depresiva: infecciones, problemas neurológicos y endocrinos, enfermedades autoinmunes, tumores y efectos adversos de los fármacos. De acuerdo con la sospecha diagnóstica, puede ser necesario efectuar un análisis de sangre; estudios de la función renal, hepática y tiroidea, y un electroencefalograma si hay indicios de epilepsia. El estudio de la función tiroidea debe preceder al tratamiento con litio, así como un electrocardiograma al tratamiento con antidepresivos tricíclicos si se utilizan.

Hay que descartar que el niño sufra maltrato físico, privación emocional o conflictos familiares persistentes, que además son la primera causa de depresión en el niño pequeño<sup>7</sup>. En los niños en edad escolar puede existir un trastorno de ansiedad ante la separación de los padres, ansiedad generalizada, trastorno de conducta o acoso en la escuela. En los adolescentes puede ser el comienzo de una esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de drogas, trastorno bipolar o trastorno de ansiedad<sup>14</sup>.

La evaluación debe abarcar la sintomatología propia del cuadro depresivo, incluida la ideación suicida y los intentos, los síntomas de la patología psiquiátrica asociada, el rendimiento académico, la adaptación escolar, familiar y social, y los antecedentes personales y familiares<sup>8</sup>.



### PUNTOS CLAVE

- **Las enfermedades pediátricas pueden acompañarse de sintomatología depresiva.**
- **En los niños hay que descartar el maltrato y la privación en el medio familiar.**
- **Las ideas de suicidio se presentan tanto en los niños mayores como en los adolescentes.**

## Tratamiento

El tratamiento de la depresión en los niños y adolescentes comprende la psicoterapia, el tratamiento farmacológico, el apoyo y asesoramiento a la familia y la colaboración con el colegio<sup>9,10</sup>. Los tratamientos más eficaces son el farmacológico, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la educación de los padres sobre la enfermedad.

La elección de las medidas terapéuticas se efectúa en función de la edad, la gravedad del cuadro clínico, la comorbilidad, el número de episodios, la motivación del paciente, las características de la familia y la respuesta a tratamientos previos. En los casos leves y moderados se comienza con psicoterapia. Si la evolución no es buena, se añade tratamiento farmacológico. En los casos graves se indica aplicar ambos tratamientos. Si el paciente no mejora al cabo de 4 semanas, hay que evaluar si hay comorbilidad, si se cumple el tratamiento o si el diagnóstico está equivocado<sup>1</sup>.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Fluoxetina es el fármaco que cuenta con un mayor número de estudios. También se utilizan citalopram, paroxetina y sertralina, aunque sus efectos son menores.

Los efectos adversos más comunes de los ISRS son: náuseas y molestias gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, agitación, acatisia, cefaleas, síndrome serotoninérgico y aumento del tiempo de coagulación. Pueden aparecer ideas de suicidio durante las primeras semanas, aunque es poco frecuente y suelen disiparse. No se ha descrito ningún suicidio. Se considera que el riesgo de tratar es inferior al de no hacerlo<sup>3,4</sup>. Se comienza con una dosis pequeña de fármaco, que se sube lentamente. El tratamiento debe mantenerse durante, al menos, 1 año una vez que hayan desaparecido los síntomas, lo que hay que explicar al paciente y a los padres.

Las psicoterapias tienen como objetivo mejorar la imagen personal del paciente, disminuir las distorsiones cognitivas que lo llevan al desánimo y la frustración, contribuir a resolver de un modo más eficaz los problemas y dificultades de la vida, o ayudar a aceptarlas cuando son de difícil solución. En los niños pequeños se recomienda la terapia a través del juego.

La educación de los padres es muy importante para que entiendan las características del cuadro clínico, mejoren la comunicación con su hijo, lo apoyen y respondan de forma eficaz a las conductas inadecuadas. La formación de los pediatras y médicos de familia es esencial para la detección y el tratamiento temprano, lo que mejora de forma considerable el pronóstico.

### PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento farmacológico, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la educación de los padres son las medidas terapéuticas más eficaces en la depresión.**
- **El beneficio de dar medicación, cuando está indicada, es superior al riesgo de no darla.**
- **El tratamiento de la depresión de los niños mejora de forma notable el pronóstico.**

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Depresión. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. Edición digital, 2020; 378-432.
2. Alsaad AJ, Azhar Y, Al Nasser Y. Depression in children. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534797/>
3. Mardomingo MJ. Depresión, suicidio y trastorno bipolar. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ, eds. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Madrid: Ediciones Mayo S.A.; 2019. pp. 103-134.
4. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev.* 2008; 115(2): 291-313.
5. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994; 33(6): 809-818.
6. Luby JL, Gaffrey MS, Tillman R, April LM, Belden AC. Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: continuity of preschool depression. *Am J Psychiatry.* 2014; 171(7): 768-776.
7. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016; 190: 47-55.
8. Birmaher B, Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(11): 1.503-1.526.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia, 2018. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc\\_575\\_depresion\\_infancia\\_avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf)
10. Viswanathan M, Kennedy SM, McKeeman J, Christian R, Coker-Schwimmer M, Cook Middleton J, et al. AHRQ comparative effectiveness reviews. Treatment of depression in children and adolescents: a systematic review. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2020. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555853/pdf/Bookshelf\\_NBK555853.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555853/pdf/Bookshelf_NBK555853.pdf)

# Conclusiones



Durante mucho tiempo se negó que los niños sufrieran depresión, pero los estudios de investigación y la realidad clínica ponen de manifiesto que sí la sufren.



Las tasas de prevalencia aumentan con la edad, y las mujeres son el grupo de población más vulnerable. La sintomatología varía del niño pequeño al adolescente, pero las características esenciales son las mismas a lo largo de la vida.



Es una enfermedad de etiología compleja en la que coinciden factores hereditarios y de riesgo ambiental, de modo particular el que los padres sufran depresión, los conflictos en la familia y la pobreza.



Los síntomas depresivos forman parte del cuadro clínico de las enfermedades pediátricas, por lo que detectarlos y tratarlos mejora el pronóstico. La comorbilidad es frecuente, y el curso clínico se caracteriza por la tendencia a las recaídas; por ello es tan necesario prevenir y tratar correctamente la depresión.



# Blemil<sup>plus</sup>

# Optimum

**Combinación única  
de nutrientes  
inmunoprotectores.**



NUEVA FÓRMULA

## ProTech

MÁS AVANZADA

**Única fórmula con  
Osteopontina Láctea,  
HMO y MFGM.**

Los 3 últimos avances  
en protección del lactante.



# Blemil<sup>plus</sup>

Siempre un paso por delante.  
**Siempre más.**



[www.blemil.com](http://www.blemil.com)

AVISO IMPORTANTE: La leche materna es el mejor alimento para el lactante.  
Información destinada al profesional de la salud.