



Patología psiquiátrica

ANOREXIA Y BULIMIA *pág.* 207

Puntos clave

● La psiquiatría infantil es una rama de la medicina; por ello, las enfermedades psiquiátricas de la infancia deben conceptualizarse con una perspectiva biopsicosocial.

● El 20% de los niños y adolescentes tiene trastornos psiquiátricos. Durante la etapa escolar, la prevalencia de alteraciones psicopatológicas es del 10-15%.

● El autismo es el trastorno psiquiátrico infantil más grave; el déficit de atención, el más frecuente, y la ansiedad de separación, el trastorno afectivo y emocional más específico.

En el niño preescolar y escolar

MERCEDES RODRIGO^a Y REYES HERNÁNDEZ^b

^aDepartamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

^bCentro de Salud del Área 11. Madrid. España.

mrodrigo.hdoc@salud.madrid.org

La psiquiatría infantil es una rama de la medicina. Tiene su propio ámbito de actuación que, de forma muy general, se puede dividir en: trastornos emocionales y de conducta; determinadas alteraciones físicas en cuya etiología o mantenimiento desempeñan un papel importante el estrés u otros factores ambientales, y los retrasos o desviaciones en el neurodesarrollo y los problemas en el aprendizaje. Como el desarrollo de los niños está estrechamente ligado a la calidad de los cuidados físicos y afectivos que los padres proporcionan a sus hijos, los fallos en la parentización así como el fomento de las habilidades parentales forman parte con frecuencia de la práctica integral de la psiquiatría infantil.

Trastornos psiquiátricos en la infancia

En la actualidad, las enfermedades psiquiátricas se conceptualizan desde una perspectiva biopsicosocial. Este enfoque utiliza de forma conjunta el modelo ambiental, interpersonal, psicológico y el médico-biológico para explicar las causas de los trastornos psiquiátricos en los niños, abandonándose un modelo único o la búsqueda de una causa aislada que los explique.

Los sistemas diagnósticos más utilizados para la clasificación de los trastornos psiquiátricos son el elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV; la cuarta edición es de 1994)¹, y el de la Organización Mundial de la Salud: *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE-10; décima revisión

de 1992)². Ambos tienen una codificación y terminología compatibles y permiten la clasificación por categorías diagnósticas de los síndromes psiquiátricos atendiendo a diferentes ejes o facetas. El formato multiaxial abarca 5 ejes desglosados de la siguiente forma: eje I para los diferentes síndromes clínicos psiquiátricos; eje II para los trastornos del desarrollo; eje III para las enfermedades físicas, si las hubiera; eje IV para los problemas psicosociales y ambientales, y eje V para el grado de adaptación funcional del niño (tabla 1).

Se estima que el 20% de la población infantil y juvenil padecerá un problema psiquiátrico³. Alrededor del 10-15% de los escolares tienen trastorno psiquiátrico significativo⁴.

Índice abreviado de la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)

Trastornos que de forma específica se inician durante la infancia y adolescencia, aunque pueden diagnosticarse de manera retrospectiva en otras edades de la vida:

1. Psicopatología del desarrollo (F80-89, abreviado):

–Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

–Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

–Trastornos específicos del desarrollo psicomotor.

–Trastornos generalizados del desarrollo.

2. Trastornos conductuales y emocionales (F90-99):

–Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

–Trastorno de conducta.

–Trastornos de ansiedad: de separación, fóbica y social.

–Rivalidad entre hermanos.

Lectura rápida



Se estima que el 20% de la población infantil y juvenil presentará un problema psiquiátrico. Alrededor del 10-15% de los escolares tiene un trastorno psiquiátrico significativo.

Trastorno autista

El autismo es un desarrollo anormal y deficiente de la sociabilidad.

El cuadro es crónico, de inicio temprano, pero presenta modificaciones con el paso del tiempo.

Su origen es una alteración del sistema nervioso central, aunque aún se desconoce el sustrato neurológico. Se asocia a múltiples enfermedades médicas.



Tabla 1. Comparación de la Clasificación internacional de las enfermedades, *décima revisión (CIE-10; Rutter, 1989)* y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, *cuarta edición (DSM-IV; Asociación Americana de Psiquiatría, 1994)*³

Ejes	CIE-10 (modificado)	DSM-IV
I	Trastornos conductuales y emocionales que comienzan habitualmente en la infancia y adolescencia	Síndromes clínicos
II	Trastornos de desarrollo	Trastornos de personalidad. Retraso mental
III	Nivel intelectual	Enfermedades médicas
IV	Enfermedades médicas	Problemas psicosociales y ambientales
V	Situaciones psicosociales anormales asociadas	Adaptación global

Eje I: diferentes síndromes clínicos psiquiátricos; eje II: trastornos del desarrollo; eje III: enfermedades físicas; eje IV: problemas psicosociales y ambientales; eje V: grado de adaptación funcional del niño.

3. Trastornos del funcionamiento social (F94):

–Mutismo selectivo.

–Trastornos de la vinculación, reactivo, desinhibido.

4. Trastornos de tics (F95):

–Tics transitorios. Tics crónicos. Síndrome de Gilles de la Tourette.

5. Otros (F98):

–Enuresis y encopresis.

–Dificultades en la alimentación. Pica.

–Alteraciones del sueño.

–Movimientos estereotipados.

6. Trastorno de identidad sexual de la infancia (F64).

7. Trastorno obsesivo-compulsivo (infrecuente su inicio en la infancia; F42).

8. Trastornos del humor (infrecuente su inicio en la infancia; F30-39).

9. Trastorno de estrés postraumático (F43).

En este artículo revisaremos el autismo infantil, el trastorno por déficit de atención y la ansiedad de separación. Son trastornos psiquiátricos frecuentes y específicos de la infancia. Los pediatras deben familiarizarse con estos cuadros, entenderlos y enfocarlos desde una perspectiva médica que permita ampliar y potenciar los diferentes tratamientos aplicados en cada caso, a fin de mejorar el trastorno propiamente dicho o bien de reducir los síntomas y complicaciones.

Trastornos generalizados del desarrollo (F84)

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una alteración grave y extensa de diversas áreas del desarrollo mental, que se

expresa en la interacción social, la comunicación, la presencia de comportamientos estereotipados, así como en la dificultad o indiferencia hacia lo que sus semejantes piensan, sientan o crean. Este apartado incluye los siguientes subgrupos: el trastorno autista o autismo, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico o incompleto. Estos trastornos se ponen de manifiesto durante los primeros años de la vida y suelen asociarse a algún grado de retraso mental. Pueden ser de etiología desconocida o secundarios a enfermedades médicas bien identificadas como, por ejemplo, alteraciones cromosómicas, metabolopatías, malformaciones del sistema nervioso central, infecciones congénitas, etc. Durante mucho tiempo estos trastornos se denominaron “psicosis infantiles y/o esquizofrenia infantil”, expresión que hoy día no se utiliza y que puede inducir a error. Las personas con un trastorno psicótico o una esquizofrenia han alcanzado un grado de desarrollo normal, pero al enfermar tienen una percepción alterada de la realidad y de sí mismas. Además, en la esquizofrenia hay alucinaciones y delirios. Sin embargo, en el autismo la persona no adquiere un desarrollo adecuado del lenguaje ni de las capacidades necesarias para alcanzar una correcta interacción social. Por otra parte, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede tener de forma coincidente un cuadro psicótico o una esquizofrenia a lo largo de su vida.

Trastorno autista (autismo infantil, autismo temprano, autismo de Kanner)

Concepto. Las personas con autismo son un grupo heterogéneo con síntomas similares y múltiples etiologías biológicas. Es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por una afecta-

ción grave y mantenida de la interacción social, de la comunicación tanto verbal como no verbal y de la actividad imaginativa, junto con alteraciones en el comportamiento, y frecuentemente se asocia a un grado variable de retraso mental. El cuadro es de aparición temprana, antes de los 3 años. Los síntomas clínicos se modifican con el paso del tiempo. El sustrato del trastorno es neurobiológico, pero los mecanismos patofisiológicos no están aún especificados.

Epidemiología. Si se utilizan criterios diagnósticos estrictos, las tasas de prevalencia son de 2 por 10.000, pero si se incluyen casos que no reúnen todos los criterios, aumenta hasta 20 casos por 10.000 niños. Es de 3 a 4 veces más frecuente en los niños, pero en las niñas la afectación cognitiva suele ser más grave⁴⁻⁷.

Clinica^{1,2,4,5,8}

1. Relaciones sociales. Las manifestaciones son tempranas. Algunos niños, ya desde el período neonatal, no muestran interés por el rostro del adulto, no responden con alegría o se revuelven cuando les cogen en brazos, no echan los brazos. El contacto visual es anómalo, rehúyen el contacto ocular con los otros. La respuesta habitual en un niño de 8 meses de mostrar extrañeza ante las personas con las que no está vinculado no suele estar presente. A los 2 o 3 años no busca ser consolado ni muestra interés ante la presencia de los padres si le ocurre un incidente, por ejemplo, si se hace daño. Las anomalías relacionales van cambiando con la edad, y al hacerse mayores pueden mostrar un apego a los padres excesivo e inapropiado, de modo que no toleran separarse de ellos en determinadas circunstancias. No muestran interés por estar con iguales, no desarrollan lazos de amistad. Sin embargo, la indiferencia total hacia el contacto social, el aislamiento profundo, no suele encontrarse después de los 5 años.

2. Desarrollo del lenguaje. Está afectada la comunicación tanto verbal como no verbal. Hay un retraso tanto en la comprensión como en la expresión, sobre todo en relación con otros aspectos del desarrollo del niño. El 50% de los niños con autismo sólo dicen palabras sueltas a los 5 años y únicamente una minoría consigue un lenguaje funcional. Cuando aparece el lenguaje, éste tiene diferentes anomalías: ecolalia persistente (repetición mecánica de sonidos o palabras), utilización inversa de los pronombres (dice "tú comes" queriendo decir "yo como"; esto significa que construye la frase de forma repetitiva, ecolálica). El lenguaje es escaso, a veces esporádico. Puede llegar a decir frases correctas, que tarda semanas o meses en volver a utilizar. Puede pedir ayuda a un adulto cogién-

dole de la mano y llevándole al lugar que necesita, pero no utiliza gestos.

En los casos que puedan alcanzar un buen desarrollo del lenguaje, sin embargo, no podrán llegar a mantener una conversación, porque no se desarrolla el uso social del mismo, serán incapaces de imaginar lo que los otros piensan, los deseos que pueden tener y, por supuesto, sus intenciones. Tampoco pueden captar los dobles sentidos ni la ironía. Todos estos factores resultan cruciales en el mantenimiento de las relaciones sociales. No pueden seguir una conversación porque no han adquirido un uso social del lenguaje, y en el mejor de los casos no dirán más de una frase. La entonación del lenguaje es extraña: mecánica, monótona, estereotipada y repetitiva. Pueden resultar afectados y pedantes en su forma de hablar.

3. Manierismos. Suelen hacerse más evidentes a partir de los 3 años. Son muy característicos; estos niños realizan movimientos repetitivos y rápidos de sacudida o agitación de los miembros, de las manos, sobre todo si están enfadados o excitados. Pueden tener estereotipias más complejas, con movimientos y sonidos a la vez. Pueden mostrar interés por los objetos con la única finalidad de olerlos o tocarlos de determinada forma. Pueden manifestar una fascinación absorbente por determinados sonidos o texturas. A veces se van sustituyendo a lo largo del tiempo diferentes manierismos.

4. Resistencia al cambio. En su vida desarrollan determinadas rutinas con tal adhesión a ellas que, si ocurre algún cambio, reaccionan de forma catastrófica. Pueden reaccionar de manera hipersensible al medio, por ejemplo, a los ruidos y, por otra parte, parecer que no oyen cuando se les llama o se dirigen a ellos.

5. Reacciones emocionales agudas. Tienen con frecuencia accesos de ansiedad, llanto, rabietas o agresividad ante pequeños incidentes ambientales, o sin causa aparente.

6. Otros síntomas conductuales. Pueden ser muy variados, desde dificultades en la alimentación y alteraciones en el sueño hasta hiperactividad, distraibilidad, encopresis, enuresis, primarias o secundarias.

7. Desarrollo intelectual. Un 70% tiene un cociente intelectual menor de 70, y el 50%, menor de 50. Sólo un 5% tiene un cociente intelectual normal. Pueden tener "islotos" de capacidad o de habilidades especiales, y desplegar una serie de conocimientos memorizados de forma mecánica, que puedan parecer excepcionales, pero en las tareas en las que sean necesarias la abstracción y la simbolización los resultados serán muy deficientes.

Etiología. No hay ninguna prueba de que un trato distanciado o frío por parte de los padres

Lectura rápida



No hay ninguna prueba de que un trato distanciado o frío por parte de los padres sea la causa del trastorno.

Aunque sólo se encuentra una causa médica específica en el 6-10% de los pacientes, dependiendo de los estudios realizados, hay indicadores muy importantes que apuntan a la fuerte conexión del autismo con el sistema nervioso central.



Lectura rápida



Los criterios diagnósticos están aceptados por consenso y son exclusivamente clínicos.

Es un trastorno que produce una invalidez para el resto de la vida. Se estima que posiblemente el 15% podrá ser autosuficiente en la edad adulta, y otro 15-20% necesitará apoyo.



sea la causa del trastorno. La “madre refrigera-dora” que describe Kanner es un mito, que sin embargo aún causa malentendidos y sufrimientos innecesarios⁸. El autismo es el resultado final de diversas etiologías orgánicas^{5,8,9}: enfermedades en el período prenatal como la rubéola, metabolopatías como la fenilcetonuria, uso de anticomiciales durante el embarazo, lesiones estructurales localizadas como la esclerosis tuberosa, infecciones posnatales como una encefalitis. Aunque sólo se encuentra una causa médica específica en el 6-10% de los pacientes dependiendo de los estudios realizados, hay indicadores muy importantes que apuntan a la fuerte conexión del autismo con el sistema nervioso central, como son: *a*) la epilepsia de diferentes tipos aparece hasta en el 25% de los casos en diferentes momentos de la evolución, y *b*) los signos neurológicos variados y persistentes (disminución del número de neuronas, reducción de la arborización dendrítica en zonas del sistema límbico, etc.) (tabla 2). En la mayo-

Tabla 2. Hallazgos neurobiológicos en el autismo⁵

Clinicos

Convulsiones (varios tipos, en el 25% de los casos)

Persistencia de los reflejos arcaicos, retraso en la lateralización

Retraso mental en el 75%

Neuroquímicos

Serotonina periférica aumentada en el 30%

Neuroanatómicos

Reducción del número de neuronas y de las ramificaciones dendríticas en ciertas áreas cerebrales: amígdala, hipocampo, septum, cíngulo anterior y cerebelo

En animales, las lesiones en la amígdala, el hipocampo o ambos producen algunas de las manifestaciones conductuales del autismo

Aumento del tamaño cerebral, del 2-10% de media

Neurofisiológicos

Disminución en las respuestas de superficie al activar la circunvolución fusiforme

Genéticos

Aumento de concordancia en gemelos monocigóticos

Aumento de riesgo entre 20-50 veces de presentar autismo, entre hermanos de autistas

ría de los casos de autismo, los factores genéticos son la clave; existe una concordancia del 60% en gemelos monocigóticos. La incidencia entre hermanos es del 2-6%. No se han encontrado genes específicos y en estudios de campo se han identificado genes posiblemente relacionados en los cromosomas 2q, 4q, 7q, 16p y 19p. También se ha relacionado el autismo con muchas alteraciones citogenéticas, especialmente en el cromosoma 15, y también con el síndrome del X frágil. Se ha encontrado asociación entre los alelos HLA-DRB21 y el autismo. Ha habido la sospecha de que la vacunación del sarampión pudiera producir autismo, sin haberse demostrado de forma concluyente, pero ha provocado una reducción de las vacunaciones en el Reino Unido, por el miedo de los padres^{10,11}.

Diagnóstico. A pesar de que el autismo se considera un trastorno neurobiológico, no hay pruebas de laboratorio ni de imagen que puedan utilizarse como marcadores. Los criterios diagnósticos están aceptados por consenso y son exclusivamente clínicos (tabla 3). Se puede hacer un diagnóstico certero a partir de los 2 o 3 años^{5,9,12}, si bien habitualmente los padres sospechan que algo va mal en el desarrollo de su hijo alrededor de los 18 meses, pero la causa más frecuente de consulta es el retraso en el lenguaje. El diagnóstico temprano mejora la evolución, motivo por el cual debe hacerse un cribado clínico en los casos de riesgo, ya que los habituales registros evolutivos de los niños sanos no suelen ser suficientes para establecer un diagnóstico de sospecha precoz. El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)¹² es un cuestionario útil para identificar a niños de riesgo, que tiene una especificidad alta (97%) pero una baja sensibilidad (35%) (tabla 4). Hay que confirmar que se realizaron las pruebas metabólicas neonatales y que fueron normales. También hay que descartar déficit visuales o auditivos, además de efectuar el cribado de las posibles etiologías relacionadas con el trastorno. Si se tiene una sospecha diagnóstica definida, debe confirmarse derivando al paciente a un centro donde puedan evaluarle neurólogos y psiquiatras infantiles¹³. Si el niño es mayor, habrá que hacer siempre una historia evolutiva muy precisa, que permita detectar los síntomas iniciales.

Diagnóstico diferencial. El síndrome de Asperger correspondería a los autistas que son “casi” normales, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje⁸. El diagnóstico diferencial con el retraso mental puede ser muy difícil, ya que se asocia en la mayoría de los casos. En cuanto a los trastornos del lenguaje, los niños que tienen proble-

mas con el lenguaje receptivo y/o expresivo pueden confundirse, pero en general no tienen dificultad para la interacción social, aunque en los casos más graves diferenciarlos puede ser prácticamente imposible.

Por lo que se refiere a los trastornos de la vinculación, los niños con privación emocional grave, como los depositados en asilos, pueden presentar conductas que se solapan con algunas que tienen los autistas, pero cambian si mejora su situación ambiental y relacional.

Las enfermedades neurológicas degenerativas como el síndrome de Rett¹⁴ y otras pueden manifestarse por conductas idénticas a las del autismo en determinados momentos evolutivos del proceso, motivo por el cual es muy impor-

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno autista¹

A. Deben estar presentes 6 o más ítems de 1, 2 y 3
<p>1. Alteración cualitativa de la interacción social (debe haber al menos 2 de los siguientes):</p> <p>No hace contacto con la mirada</p> <p>No utiliza gestos reguladores de la reciprocidad social</p> <p>No comparte con los otros, no manifiesta disfrute ni intereses con los otros</p> <p>No se relaciona con iguales, como le correspondería para su nivel de desarrollo</p>
<p>2. Alteración cualitativa de la comunicación (debe haber al menos 2 de los siguientes):</p> <p>Retraso o ausencia total de lenguaje hablado. No utiliza modos alternativos para hacerse entender</p> <p>Dificultad para iniciar o mantener una conversación, si se ha desarrollado el lenguaje</p> <p>Utilización estereotipada del lenguaje, ecolalia</p> <p>Ausencia de juego imaginativo, propio de su nivel de desarrollo</p>
<p>3. Actividades, conductas e intereses restringidos (debe haber al menos una de las siguientes):</p> <p>Preocupaciones absorbentes, que resultan anómalas, bien por la intensidad o por los objetivos</p> <p>Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales</p> <p>Manierismos motores estereotipados y repetitivos</p> <p>Preocupación persistente por algunas partes de los objetos que manipula</p>
B. Aparición del funcionamiento anormal antes de los 3 años de edad

tante hacer una correcta evaluación neurológica en todos los casos.

Evolución. Es un trastorno que produce una invalidez para el resto de la vida^{5,8}. Se estima que posiblemente el 15% podrá ser autosuficiente en la edad adulta, mientras que otro 15-

Tabla 4. CHAT, cuestionario para la detección de riesgo de autismo a los 18 meses¹²

	Sí	No
Sección A. Preguntas a los padres		
1. Disfruta el niño cuando le mece, le coge, le hace saltar, etc.		
2. Se interesa por otros niños*		
3. Le gusta subirse a los sitios		
4. Le gusta jugar al cucú-tras, al escondite		
5. Juega a comiditas, las hace, da a probar, etc., o simula otras cosas*		
6. Utiliza el dedo índice para señalar o para pedir algo		
7. Utiliza el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo		
8. Juega adecuadamente con coches, bloques, etc., no para chuparlos, tocarlos, tirarlos*		
9. Alguna vez le ha llevado su hijo objetos para mostrarle algo*		
Sección B. Observación del pediatra		
1. ¿Establece el niño contacto ocular?		
2. Conseguir la atención del niño, después decirle: "¡mira!" y decir el nombre del juguete. ¿Mira el niño lo que le señalamos?*		
3. Conseguir su atención, darle unos cacharritos y decirle que nos dé comidita*		
4. Preguntarle dónde está la luz. ¿Señala con el dedo a la luz?*		
5. ¿Sabe construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos coloca?		

*Son las más indicativas de rasgos autistas.

Lectura rápida



Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se distrae continuamente, está en movimiento la mayor parte del tiempo y tiene dificultades para contener sus impulsos. Se porta mal, es descuidado y olvidadizo, pero no puede evitarlo.

La prevalencia es muy variable según las zonas y el grado de tolerancia de padres y profesores frente a estos trastornos.



Lectura rápida



Los pacientes suelen consultar entre los 3 y 7 años, aunque la excesiva actividad se hace patente desde que el niño empieza a andar.

La entrada al colegio desencadena una crisis. El niño no es capaz de seguir las normas.

El tratamiento farmacológico mejora los síntomas en el 60-80% de los casos, aunque parece que no influye en el pronóstico a largo plazo.



20% necesitará apoyo. Los síntomas van cambiando con la edad. Fomentar la independencia y el desarrollo de habilidades compensadoras de sus deficiencias permitirá una autoayuda eficaz, que será lo mejor a largo plazo.

Son indicadores de buen pronóstico la presencia de lenguaje comunicativo (no meras ecolalias) antes de los 5 años y el retraso mental leve. Las dificultades en la interacción social persisten a lo largo de toda la adolescencia. Tienen un riesgo aumentado para el desarrollo posterior de otras enfermedades mentales.

Tratamiento. Será psicopedagógico, centrado en el desarrollo del lenguaje y en la interacción social. La medicación sólo se empleará en los casos en que se deban controlar conductas específicas: auto y heteroagresiones, movimientos estereotipados e hiperactividad. Los fármacos pueden ayudar para que el niño coopere en las actividades educativas y en la terapia conductual. Los tranquilizantes mayores son los que se utilizan con más frecuencia. La psicoterapia no está indicada como parte del tratamiento. A los padres se les debe aconsejar que se pongan en contacto con sociedades de autismo para recabar apoyos específicos.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (F90)

Concepto. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA) se caracteriza por la aparición temprana (antes de los 7 años) de la combinación de excesiva actividad, inatención e impulsividad, que se manifiestan en diferentes lugares y situaciones e interfieren en el desarrollo de las actividades normales del sujeto. Es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en la edad escolar. La tasa de prevalencia se encuentra entre el 5 y el 10%. Es mayor la incidencia del trastorno en varones (proporción varón:mujer de 4:1-2:1). El síndrome de disfunción cerebral mínima⁴ (Clemens, 1966) se describía como un cuadro conductual similar al TDA; hoy día no se utiliza este término, en parte porque no hay prueba en la mayoría de los casos de una supuesta disfunción del sistema nervioso central.

Epidemiología. La prevalencia en Estados Unidos es del 3-5%, frente a la del Reino Unido, donde es del 0,5-1%⁴. Las razones que explican estas diferencias están en la forma en que los padres y profesores perciben y toleran las conductas de los niños, así como en el hecho de solicitar o no consulta especializada. Es unas 3 veces más frecuente en niños que en niñas. No influye la clase social. Los niños con trastorno de hiperactividad que además tienen conductas agresivas presentan mayores tasas de

relaciones familiares hostiles, padres con enfermedad mental y otros índices de estrés social en sus antecedentes.

Es frecuente la comorbilidad, de modo que el 30-48% tiene además criterios diagnósticos de trastorno de conducta y el 14-70% presenta trastornos emocionales^{3,15}.

Clinica^{1-4,15,16}. Habitualmente acuden a consulta en la edad escolar, entre los 3 y 7 años. La escolarización supone una presión que pone en evidencia sus dificultades. Las quejas pueden venir de forma conjunta o aisladamente por parte de los padres, de los profesores o de los organizadores del tiempo libre del niño. Esto no nos debe extrañar, porque los adultos tienen diferente capacidad para tolerar la excesiva intranquilidad y las conductas difíciles de los niños, y también porque el niño puede variar mucho en su comportamiento y en su capacidad de mantener la atención según la situación en la que esté.

La excesiva actividad puede hacerse evidente desde que se suelta a andar: no se sienta apenas; si se le obliga a hacerlo, permanecerá sentado poco tiempo y, además, estará moviéndose en el asiento; va y viene continuamente sin propósito fijo, se sube a los muebles o intenta hacerlo y, como consecuencia de esta actividad incesante, choca con objetos y muebles, se cae, se lesiona y rompe cosas. Dirige durante muy poco tiempo su atención o interés hacia una misma actividad, no termina juegos: no completa rompecabezas, no hace construcciones. Son frecuentes las alteraciones en el sueño, aunque a veces, después de un día de una actividad frenética, pueden estar tan fatigados que consiguen dormir bien.

La entrada al colegio suele desencadenar una crisis. El niño puede no ser capaz de seguir las normas de los profesores ni de concluir las tareas. Puede reaccionar con indisciplina o de forma provocadora: hablar, hacer ruidos, interrumpir al profesor en clase o a otros niños, etc., y también meterse con los compañeros.

Los niños no son capaces de hacer los deberes completos, no terminan las tareas y, si se les exige que las acaben, las hacen mal o de cualquier manera. Sin embargo, no actúan así de forma deliberada, sino por sus dificultades para controlar la excesiva impulsividad y para mantener la atención. Por ello pueden sentirse culpables, descontentos con ellos mismos, desalentados por sus escasos logros académicos y por sentirse poco valorados en su medio, lo que podría derivar en un trastorno emocional: depresión, ansiedad excesiva. Los hermanos y los compañeros se relacionan mal con el niño hiperactivo porque tiene pocas habilidades con los otros: siempre quiere llevar la voz cantante,

interrumpe, no espera su turno y, por si fuera poco, se siente víctima por las críticas que recibe, y reacciona hacia todo esto de manera que provoca más críticas y rechazo. Estos círculos en la interacción con los otros producirán en el niño hiperactivo una muy baja estima.

También reacciona en ocasiones con furia, agresividad, desafiando. Con el paso del tiempo, puede desarrollar conductas antisociales que en un principio le sirven como defensa y para autoafirmarse, como mentir, hacer daño a otros niños o a animales, intimidar, escaparse, robar. Estas conductas reforzarán su dañada estima y, al no acompañarse de arrepentimiento, moldearán a la larga el desarrollo de una personalidad antisocial.

El TDA puede asociarse a otras entidades psiquiátricas como trastornos específicos del desarrollo (dislexia, discalculia, otros) o a retraso mental leve que condicionen un retraso en el aprendizaje escolar. Un niño con TDA no tiene por qué no aprender bien, aunque sus resultados académicos pueden ser inferiores a los que le corresponderían por sus capacidades, sobre todo si se desconoce su trastorno.

Etiología. Se considera que son muchas las causas implicadas, entre ellas las siguientes:

–**Factores genéticos.** Hay pruebas que relacionan el síndrome con un polimorfismo genético del receptor D4. Estudios en familias también aportan datos que indican una contribución clara de factores genéticamente determinados para el desarrollo del trastorno. Estudios en familias de niños con TDA han encontrado hasta un tercio de familiares en primer grado con criterios actuales o pasados del trastorno. Los factores genéticos actuarían a través de las características temperamentales y mediante determinados procesos bioquímicos. Por otra parte, varios síndromes, también determinados genéticamente, se asocian de forma específica con el TDA, como el síndrome de X frágil, síndrome de Turner, esclerosis tuberosa, síndrome de Smith-Magenis, síndrome de Gilles de la Tourette y otros.

–**Factores neuroquímicos.** Se ha pensado en la presencia de disfunción cerebral, porque algunos estudios han señalado una incidencia elevada de anomalías en el electroencefalograma de los pacientes con TDA, pero no se dan en la mayoría. En animales de experimentación se ha encontrado relación entre hiperactividad y anomalías en el metabolismo de la dopamina, neurotransmisor activador del cerebro muy importante en el control y grado de alerta. También se han confirmado alteraciones del metabolismo de la noradrenalina y de la serotonina. Se han hallado zonas de hipoperfusión en ni-

ños con TDA, especialmente en la zona frontoestriada, y mediante la tomografía con emisión de positrones se ha demostrado una actividad disminuida en las áreas frontoparietales izquierdas.

–**Dieta.** En 1975 Feingold, alergólogo de Estados Unidos, relacionó el síndrome con los aditivos de la dieta. Se consideraron especialmente nocivos la tartracina y el ácido acetilsalicílico. Estudios controlados posteriores no han demostrado que la retirada de la dieta de los aditivos mejorara el síndrome^{4,16}.

Diagnóstico^{1,2,15-18}. Se basa fundamentalmente en la presencia de conductas características (tabla 5) que ocurren en diferentes lugares, de forma habitual, no esporádicamente, que pueden en sí mismas no ser anormales pero que se dan con una mayor intensidad y frecuencia de lo esperado para la edad y el desarrollo del niño. El médico en la consulta puede observar también parte de esas conductas. Sin embargo, no es extraño que el niño pueda controlarse un tiempo. Posiblemente sea en la sala de espera donde mejor podamos verlas.

Diagnóstico diferencial. Pueden simular un TDA los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno bipolar (manía, hipomanía), las reacciones agudas de estrés, el hipertiroidismo, la anemia ferropénica y la sordera.

La historia hecha a los padres debe completarse con cuestionarios de preguntas para los padres y también a los profesores. Las escalas de Conners figuran entre las más utilizadas en todo el mundo, y existe una versión validada para España¹⁸. El valor de los cuestionarios se debe a su normalización o validación; permiten al médico comparar las respuestas de los padres y de los profesores y cuantificar los cambios en el tiempo. Tienen la misma limitación que las entrevistas, porque en ambos las respuestas son subjetivas.

Evolución. En líneas generales la hiperactividad deja de ser importante al hacerse el niño mayor, pero las otras características (impulsividad, distraibilidad, problemas de interacción social) persistirán en la adolescencia y también en la edad adulta, aunque muchos adolescentes y adultos con esas características estarán bien adaptados y serán personas indistinguibles de los adultos normales. Sin embargo, un 10-15% tendrá mala evolución: desarrollarán otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias y problemas graves de adaptación social y laboral. No obstante, se necesitan más estudios longitudinales a largo plazo para estudiar este aspecto. Los psiquiatras reconocen cada vez más el TDA del adulto.

Lectura rápida



Se considera que hay muchos factores implicados en la etiología: genéticos, neuroquímicos, etc.

El diagnóstico se basa en la presencia de conductas características. La historia clínica hecha a los padres debe completarse con cuestionarios para padres y profesores.

La hiperactividad suele dejar de ser importante al hacerse el niño mayor, pero la impulsividad y los problemas de interacción social persisten en la adolescencia y la edad adulta.



Lectura rápida



Trastorno de ansiedad de separación

La ansiedad de separación es un miedo patológico a estar lejos de las figuras vinculares protectoras.

Está indicado tratamiento conductual con exposición y desensibilización. Es fundamental la colaboración de los padres.



Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad¹

A. Presencia de 1, 2 o ambos

1. Desatención (debe haber al menos 6 síntomas, durar al menos 6 meses y provocar malestar)

No presta atención suficiente a los detalles; tiene errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades

Le cuesta mantener la atención en actividades lúdicas

Parece que no oye cuando se le habla directamente

No sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos y obligaciones

Tiene dificultades para organizar tareas y actividades

Le disgusta o intenta evitar el hacer tareas o actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido

Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., lápices, libros, cuadernos, etc.)

Se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes

Es descuidado en las actividades diarias

2. Hiperactividad-impulsividad (al menos debe haber 6 síntomas, durar 6 meses y ser desadaptativos)

Hiperactividad

Mueve en exceso las manos, los pies o él mismo en el asiento

Se levanta del asiento en la clase o en situaciones en que no debe hacerlo

Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas. Sentimientos subjetivos de inquietud en mayores

Tiene dificultades para jugar o para entretenerse

Actúa como si estuviese siempre en marcha, como un motor siempre encendido

Habla en exceso

Impulsividad

Contesta antes de que se le haya hecho la pregunta

Le es difícil esperar a que le llegue su turno
Interrumpe y se inmiscuye en conversaciones o actividades de los otros

B. Los síntomas aparecen antes de los 6 años

C. Las alteraciones que provocan los síntomas aparecen en más de un ambiente (la casa, el colegio, con la familia)

D. El cuadro tiene que producir una alteración clara en la actividad social o académica

E. Los síntomas del paciente no se deben a otros trastornos mentales, tales como trastorno generalizado del desarrollo, de ansiedad u otros

El tratamiento farmacológico mejora los síntomas en el 60-80% de los casos, pero parece que no influye en el pronóstico a largo plazo. Alcanzar un buen nivel educativo, no tener alteraciones de conducta asociadas y el hecho de que no haya psicopatología familiar se consideran signos de buen pronóstico a medio-largo plazo.

Tratamiento. La información a la familia es primordial¹⁹. Deben conocer los fundamentos “biológicos” de la conducta del niño, para que no interpreten su conducta como voluntaria y manipuladora. Tienen que marcar límites concretos y conseguir de forma agradable y sin críticas despreciativas que el niño los asuma como objetivos de conducta. En los casos más graves los padres deberán recibir adiestramiento psicológico por especialistas debidamente cualificados.

Al niño también hay que explicarle lo que le pasa y así colaborará de forma activa en su control. Evitará sentirse malo e incomprendido.

Por lo que se refiere al tratamiento farmacológico (tabla 6), de forma empírica se comprobó que los síntomas fundamentales del síndrome de hiperactividad mejoraban con fármacos estimulantes del sistema nervioso central. Debemos indicarlos en todos los casos en que el niño con TDA esté sufriendo las consecuencias de su trastorno en el colegio y con su familia; al menos probaremos si le beneficia (en el 70-80% hay mejoría). Los medicamentos más útiles son el metilfenidato, la pemolina y la dextroanfetamina (no disponible en España). La dosis debe reajustarse, según la evolución, teniendo en cuenta que puede desarrollarse tolerancia al fármaco. Se puede descansar los días de fiesta, los fines de semana o durante las vacaciones, teniendo en cuenta cada caso y los objetivos alcanzados. El tratamiento debe continuarse durante la adolescencia, excepto en los casos que hayan superado el trastorno (en torno al 20%).

Trastorno de ansiedad.

Ansiedad de separación (F93)

Miedo y ansiedad son términos relativamente intercambiables. La ansiedad es un miedo patológico, se desencadena por estímulos irrelevantes, o bien la respuesta es desproporcionada. El miedo es una función que protege y sirve de defensa, y también regula los lazos sociales. Unos niños tienen más miedo que otros porque hay un control genético del mismo. La ansiedad provoca estados emocionales desagradables, acompañados de diversos cambios físicos (temblor, sudación, ahogo, diarrea, etc.) y una necesidad urgente de resolución de la situación que se está viviendo. Hay muchas teorías que intentan explicar los mecanismos que activan la ansiedad.

Tabla 6. Medicación estimulante: dosificación y administración

Fármaco	Dosis	Frecuencia
Metilfenidato (Rubifén [®] , comprimidos de 5, 10 y 20 mg)	0,3 mg/kg/dosis. Incrementar a 0,15 mg/kg/dosis	Dos veces al día: por las mañanas y al mediodía. Los efectos duran entre 2,30 y 4 h.
Pemolina (Dynamin [®] , grageas de 10 mg)	30-100 mg. Dosis de inicio de 20 mg e ir incrementando	Sólo una dosis por las mañanas. Duración de los efectos: 8 h

Durante la infancia se tienen miedos relacionados con el desarrollo, y son normales²⁰ (tabla 7). Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad pediátrica, aunque la mayoría de los niños no reciben tratamiento por ellos^{21,22}. Están encuadrados dentro de los trastornos de ansiedad: el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Epidemiología. Los trastornos de ansiedad en los niños tienen una prevalencia del 9 al 21%. La ansiedad de separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes. Parece que la ansiedad de separación se da por igual en ambos sexos y las fobias simples predominan en la infancia en las niñas y se distribuyen igual en ambos sexos en la adolescencia^{3,4,20,21}.

Concepto. Hay una negativa del niño a hacer aquello que implique separarse de los padres y/o de su casa. Aparece antes de los 6 años y tiende a disminuir a partir de los 12. La muerte suele estar en el fondo de su preocupación, teme que les pase algo a sus padres y se preocupa si tiene que ir a la cama, si aquéllos no vuelven a casa pronto o si salen. Con frecuencia no expresa de manera directa esta preocupación, porque se avergüenza. Habitualmente se acompaña de diferentes síntomas somáticos, como vómitos, abdominalgias, vértigo, mareos, que suelen ser los motivos por los que se consulta al médico. Son frecuentes las consultas y las exploraciones médicas repetidas e innecesarias. El miedo a salir de la casa o a dejar a los padres puede originar absentismo escolar y llegar a una fobia escolar. Esta situación no tiene nada que ver con las pellas; de hecho, el niño no engaña, se queda en la casa, "está realmente malo" (tiene vómitos, sensación de ahogo, etc.) y no puede ir a clase. La negativa a ir al colegio suele ser otro de los motivos de consulta. Con frecuencia las familias de estos niños están muy unidas o los padres son hiperprotectores. Tampoco es infrecuente que alguno de los padres se considere "miedoso" en la actualidad o cuando era "pequeño".

Diagnóstico. Es exclusivamente clínico (tabla 8). Hay que hacer el diagnóstico diferencial con patologías médicas, ya que casi siempre son los síntomas físicos los que llevan al niño al pediatra. No poder dormir solo y no ir al colegio son los otros motivos más frecuentes de consulta.

Evolución. El trastorno puede aparecer después de un suceso estresante, como un accidente, una pérdida afectiva, un cambio de domicilio, etc., o sin ninguna causa aparente. El inicio del cuadro puede presentarse en la edad preescolar. Típicamente puede cursar con exacerbaciones tanto de las manifestaciones de ansiedad como de las conductas de evitación para conseguir no separarse, y puede durar muchos años. No está aún demostrado que a largo plazo estos pacientes desarrollen con mayor incidencia trastornos de ansiedad en la edad adulta^{22,23}.

Tratamiento. Hay que explicar el trastorno. Está indicado el tratamiento conductual con exposición y desensibilización. Es fundamental la

Tabla 7. Desarrollo del miedo en la infancia²⁰

Edad	Miedos
0-5 meses	A los ruidos inesperados, fuertes A los cambios bruscos de postura
6 meses-2 años	A los extraños al círculo familiar
3-5 años	A la oscuridad. Monstruos. Animales A que se mueran sus padres
6-11 años	Al ridículo A los exámenes, a no rendir A que sus padres se separen
Adolescencia	A no caer bien a otros, a no gustar A las guerras. A grandes catástrofes

Bibliografía recomendada

Barker P. Basic child psychiatry. 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1995.

Manual que recoge todos los avances en las clasificaciones de los diferentes trastornos. Está prevista la publicación de una nueva edición para mayo de 2004.

Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. Madrid: Alianza Editorial, 1993.

Para ampliar conocimientos y entender este grave trastorno del desarrollo. Especialista en esta enfermedad, la autora transmite los conocimientos de forma muy atractiva y didáctica.

Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.

Texto muy completo de patología psiquiátrica infantil, enfocado desde una perspectiva científica.

Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría para padres y educadores Madrid: Narcea Ediciones, 2002.

Abarca con mucho rigor y profundidad los grandes síndromes clínicos y, a su vez, es muy clara la forma de exponerlos, aunque no es exactamente un libro de divulgación. Recoge una bibliografía extensa.



Bibliografía recomendada

Oé K. **Un amor especial.**
 Barcelona: Martínez Roca, 1994.

El hijo de Kenzaburo Oé (premio Nobel de Literatura en 1994) es autista, debido a un tumor cerebral que presentó al nacimiento. Este libro narra la vida familiar del autor, marcada por un hijo con enfermedad crónica grave y los logros conseguidos por éste a pesar de sus dificultades.

Parker S, Zuckerman B. **Pediatría del comportamiento y desarrollo.** Barcelona: Masson-Little, Brown, 1996.

Libro "guía" para utilizar en asistencia primaria. Describe problemas muy frecuentes en la infancia que son objeto de consulta. Las descripciones de los problemas ofrecen una información contrastada que puede entenderse con facilidad y aplicarse en la consulta.

Dewtaylor N, Kassai R. **The healer and the healed: works and life of Kenzaburo Oé.** Lancet 1998;352:642-4.

Este artículo hace referencia al hijo del escritor Kenzaburo Oé y a su evolución.

Tabla 8. Trastorno de ansiedad de separación, en menores de 18 años¹

Malestar ante una separación de su casa o de sus padres*, o de forma anticipada, si sabe que va a ocurrir la separación

Preocupación recurrente o mantenida por la pérdida de los padres* o por si tienen un accidente

Miedo a perderse o a que le secuestren

Resistencia o negativa a ir al colegio o a otro sitio por miedo a dejar a los padres*

Resistencia o miedo a estar solo en casa

No poder dormir solo si no tiene cerca a uno de los padres. No duerme fuera de la casa

Pesadillas repetidas con los temas de separación, muerte, secuestro, etc.

Síntomas físicos repetidos (cefaleas, dolores abdominales, vértigos, náuseas, vómitos y otros) en relación con la separación o de forma anticipatoria

Son necesarios al menos 4 de los síntomas anteriores y que persistan como mínimo 4 semanas. Producirá un malestar evidente y deterioro en las actividades sociales y escolares del sujeto.

*O figuras vinculares para el niño, o adultos significativos.

colaboración de los padres. En algunos momentos del tratamiento puede ser necesaria la utilización de psicofármacos del tipo de las benzodiacepinas o antidepresivos (tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina)²⁴.

Bibliografía



- Importante ●● Muy importante
- Epidemiología

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Versión española. Barcelona: Ed. Masson, 1995.

2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Versión española. Madrid: Ed. Meditor, 1993.

3. Graham P, Turk J, Verhulst F. Child psychiatry. A developmental approach. Oxford: Oxford University Press, 1998.

4. ●● Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

5. ●● Volkmar FR, Pauls D. Autism. Lancet 2003;362:113-41.

6. Frombone E. The prevalence of autism. JAMA 2003;289:87-9.

7. Frombonne E. Is there an epidemic of autism? Pediatrics 2001;107:411-3.

8. ●● Fith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. Madrid: Alianza Editorial, 1991.

9. ● Baird G, Cass H, Slonims V. Diagnosis of autism. BMJ 2003;327:488-93.

10. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt P, Thorsen J, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. N Engl J Med 2002;347:477-82.

11. Taylor B, Miller E, Farrington CP, Petropoulos MC, Favot-Moyaud I, Pauline JL, et al. Autism and measles, mumps and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. Lancet 1999;353:2027-9.

12. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. BMJ 1996;168:158-63.

13. Sices L, Feudtner J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey an experimental design. Pediatrics 2004;113:274-82.

14. Beng H, Aicardi J, Dias K, Ramos O. A progressive syndrome of autism dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: report of 35 cases. Ann Neurol 1983;14:471-9.

15. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2000;105:1158-70.

16. ●● Morgan AM, Mercugliano M, Accardo P, Conners CK, Blondis TA, Fletcher JM, et al. Síndrome de perturbación de atención/hiperactividad. Clínicas Pediátricas de Norteamérica (ed. esp.) 1999;46:877-1123.

17. Hernández Guillén R, Rodrigo Alfageme M. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Monografías de Pediatría 2003;139:1-14.

18. Farré i Fiba A, Narbona García J. Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad EDAAH. 3.ª ed. Madrid: TEA Editores, 2000.

19. Orjales Villar I. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE, 2002; p. 80-3.

20. Rodrigo Alfageme M, Hernández Guillén R. Ansiedad. Depresión y conducta suicida en la infancia y adolescencia. Medicina (ed. esp.) 2003;8:6199-208.

21. ●● Klein RG, Pine DS. Anxiety disorders. En: Rutter M, Taylor E, editors. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. 4th ed. London: Blackwell Scientific, 2001.

22. Pine DS, Cohen P, Brooks JS, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1998;55:56-64.

23. Rodrigo Alfageme M. Relación de la fobia social con otros trastornos de ansiedad. Rev Psiquiátr Infanto-juvenil 2002;19:19-24.

24. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. Fluvoxamine for treatment of anxiety disorders in children and adolescents. N Engl J Med 2001;344:1279-85.