

El material que ofrecemos a continuación pretender ser un reflejo práctico de cómo tratamos (o deseáramos tratar) a los niños que acuden a nuestra consulta de psiquiatría. Está basado en diversas guías clínicas y protocolos de actuación, en el material adjunto tenéis en pdf alguna de ellas junto con otras guías elaboradas específicamente para atención primaria en pediatría.

En cada patología desarrollada se describe la presentación clínica que es el elemento diagnóstico básico en psiquiatría, sin entrar a detallar los criterios DSM o CIE y se pone especial hincapié en las cuestiones diagnósticas y tratamiento, obviando datos epidemiológicos o hipótesis etiológicas. Dentro de los tratamientos, se comenta de vez en cuando algunas matizaciones personales respecto a intervenciones que os pueden ser más útiles en atención pediátrica o que pensamos que se pueden realizar en la consulta pediátrica, pero insistimos que se tratan de opiniones personales y en muchas ocasiones podemos quedarnos cortos o hacer recomendaciones sobre vuestra intervención que no se correspondan con la realidad por el tiempo de consulta, por la accesibilidad de las USMIAs o por la experiencia o implicación de cada uno en el seguimiento de la patología psiquiátrica.

De todos modos, todos somos médicos y por tanto podemos utilizar cualquier medicación que esté a nuestra disposición si tenemos suficiente experiencia y estamos familiarizados con el fármaco prescrito, con la patología en cuestión y con los efectos adversos y precauciones que debemos considerar.

También se hace una breve mención a los aspectos psicológicos del tratamiento para que sepáis lo que les podemos ofrecer en las unidades. Hay una gran labor que se puede hacer desde pediatría respecto a psicoeducación del problema, hábitos de salud básicos, apoyo a los niños y los padres, facilitar la cumplimentación del tratamiento y resolver dudas e incluso soléis realizar intervenciones psicológicas en vuestra práctica diaria como una economía de fichas en las enuresis.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los trastornos de ansiedad serían los trastornos más prevalentes como causa de consulta, en algunos de los casos con gran perjuicio en el funcionamiento de las esferas social, familiar y académica y generadoras de malestar intenso en el niño. En muchos casos existe solapamiento entre varios diagnósticos de ansiedad, así como de trastornos depresivos asociados o como consecuencia de la cronificación.

Generalmente las reacciones normales de ansiedad son reactivas y limitadas en el tiempo por lo que en la mayoría de las ocasiones no precisan una intervención de especializada

### Entrevista clínica:

Importante conocer cuándo empezaron los síntomas y su evolución, si existen desencadenantes como estresores sociales, enfermedades orgánicas o asociados a cambios evolutivos.

El impacto que tiene el trastorno en el funcionamiento diario del niño y de su familia (cambios de rutinas, interferencia en las relaciones con los padres, con los amigos y en su rendimiento académico, modificaciones del sueño o apetito...)

Grado de conciencia de enfermedad en el niño (malestar por el trastorno), dejando que sea él que exprese los síntomas que presenta.

Conocer cómo se ha desarrollado evolutivamente hasta el momento: Características de su temperamento, habilidades, relaciones con la familia, adaptaciones previas a acontecimientos vitales, existencia de miedos infantiles en el pasado.

Comprobar si existen numerosas visitas médicas programadas o urgencias por síntomas que podrían ser atribuidos a ansiedad o utilización de fármacos que lo pudieran producir.

Valoración de historia familiar: historia psiquiátrica y médica familiar (y respuesta a los tratamientos en los padres), estresores familiares, modelos de crianza (hiperprotector, punitivo, negligente), desestructuración familiar, historia de separaciones o pérdidas, nuevas parejas de los padres. Actitud de los padres respecto de los síntomas y tratamientos médicos.

Valoración médica de signos objetivos de ansiedad, tensión en la consulta, hipervigilancia, sobresaltos, miedos a las exploraciones, sudoración, taquicardia, elevación de T.A.

Si no se evidencia un origen o la clínica ansiosa no es esperable por el temperamento del niño o el entorno sociofamiliar, puede estar indicado la realización de un hemograma y química con determinación de las hormonas tiroideas

Escalas útiles por la rapidez de aplicación para valoración de la ansiedad reactiva o crónica puede ser la STAIC (Cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños de Spielberg). SCAS (Spencer Children anxiety Scale). En niños menores de 9 años los test autoaplicados no suelen ser útiles. Se adjuntan en fichero aparte las escalas.

### Diagnóstico diferencial

Hipoglucemias, hipertiroidismo, arritmias cardíacas, feocromocitoma, migrañas y otros trastornos de SNC, efectos adversos de medicamentos: antihistamínicos, antiasmáticos, antipsicóticos, simpaticomiméticos, cafeína o estimulantes, fármacos no prescritos como antigripales o tratamientos dietéticos.

Valorar otros trastornos psiquiátricos comórbidos como T. conducta, TDAH, tics, tricotilomanía, T. psicósomáticos, T. conducta alimentaria, Abuso de sustancias.

### Tratamiento:

Explicación de la ansiedad en general como un síntoma defensivo y que nos ayuda a estar alerta frente a peligros y que en muchas ocasiones es normal. La ansiedad es una de las primeras vivencias del ser humano por ej el llanto de angustia por el retraso en la toma de la comida, las reacciones frente al malestar y la incomodidad física cuando se hacen pipi, ayudan a los padres a cuidar al bebe...posteriormente nos hace ir con precaución al empezar a andar, ir en bici o nadar y en general aparecen ante cualquier situación que implique un riesgo o compromiso y que la superación de dichas experiencias nos ayuda a madurar.

Explicación a los padres o personas significativas sobre los síntomas específicos y si es el caso, ayudarles a actuar con el niño de forma apropiada a su edad evolutiva y prevenir futuras reacciones de los niños. Si son reacciones normales como la ansiedad de separación entre el 2º y 4º año o los miedos infantiles a partir de los 3, tranquilizarles. Es tan mala la sobreprotección como un nivel exagerado de exigencias.

Solicitar información escolar si los síntomas incluyen al colegio o son consecuencia de la escolarización (relaciones con profesorado, bullying, problemas

académicos) o coordinarse con los centros en los casos en los que se considere apropiada la no asistencia a las clases (el menor tiempo posible) y se precise una incorporación progresiva o tutorizada como en algunos casos de fobia escolar.

Se puede explicar desde pediatría o enfermería pediátrica ejercicios de respiración abdominal profunda que nos van a ser útiles para cualquier trastorno acompañado de ansiedad: Se le explica que se imagine un globo en la barriga y que lo tiene que ir hinchando al mismo tiempo que levanta los brazos, luego tendrá que deshincharlo muy despacio y respirar normal unas 5-6 veces antes de repetirlo. Se le puede sugestionar cuando lo haya realizado varias veces que piense en un juguete, un color, un sitio o persona que le guste al mismo tiempo que inspira. Y que va a utilizar esa imagen y esa respiración cuando se ponga nervioso.

El tratamiento farmacológico desde pediatría, sería posible especialmente en situaciones en el que los síntomas son reactivos a algún acontecimiento adverso y el funcionamiento del niño y de su familia era bueno previamente. Se pueden usar benzodiazepinas (cloracepato: 2.5 a 15mg/día, diacepam: 2.5 – 10mg/día, teniendo en cuenta el mayor efecto sedativo del diacepam), antihistamínicos clásicos como la difenhidramina 15-25mg/día (1mg/kg/día), o los betabloqueantes (si se está familiarizado con su uso, generalmente no los usamos en psiquiatría). También se podrían usar el sulpiride (25-100mg/día) o tratamientos sintomático como los antiespasmódicos si predominan las alteraciones gastrointestinales. En general no son fármacos útiles por si solos en situaciones crónicas, además de la conveniencia de no prolongar su uso más de unas semanas (2 – 4 semanas, luego retirada progresiva).

Informar a la familia de los objetivos del tratamiento, efectos adversos posibles y si es posible recoger el consentimiento informado. Al hablar de los efectos adversos, también hay que advertir en los tratamientos de exposición la posibilidad de empeoramiento inicial de los síntomas (es clásica la referencia de un empeoramiento en la inquietud, secundaria al uso de benzodiazepinas en niños TDAH o con retraso psicomotor, por lo que se debe ir con más precaución en dichos casos)

La derivación a las Unidades de Salud Mental se producirían cuando la situación es crónica, hay factores (personales o familiares) que predicen una mala evolución, si hay comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o si tras la instauración del tratamiento inicial no hay una buena evolución.

Los tratamientos farmacológicos usados en las USMIAs, generalmente son los ISRS con especial cuidado si existen antecedentes familiares de t. bipolar. El tratamiento más eficaz, como suele suceder en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, es la combinación de terapias cognitivo conductuales junto con fármacos.

Debido a la edad de los pacientes los preparados en forma de solución o dispersables son los más cómodos, además de poder ajustar mejor las dosis, por ello la sertralina y la fluoxetina son los más utilizados y con gran evidencia de respuestas positivas. Las dosis utilizadas son similares a la dosis de adultos, aunque se recomienda empezar con la menor dosis posible (5mg (1.25ml) de fluoxetina o 20mg (1ml) de sertralina por ej) y monitorizar respuesta y efectos adversos, incrementando hasta conseguir una dosis eficaz. Aunque las dosis máximas son similares a las usadas en adultos (por la mayor metabolización hepática) generalmente responden a dosis pequeñas, con la psicoeducación y apoyo de lo que les pasa.

Los ingresos hospitalarios por trastornos de ansiedad son extremadamente raros (TOC muy severos) y deben evitarse por afectar negativamente al afrontamiento de la situación.

A continuación se desarrollan los T. ansiedad específicos:

- Fobia Social
- Fobias específicas
- Fobia escolar
- T. ansiedad de separación
- T. pánico
- T. Ansiedad Generalizada (excesiva)
- T. Estrés postraumático
- T. Obsesivo-compulsivo

## **FOBIA SOCIAL**

Sin entrar en criterios DSM o CIE con los que estamos familiarizados, la fobia social se podría definir como la ansiedad persistente y excesiva ante situaciones sociales en las que el niño/adolescente se expone a la crítica, provocando un retraimiento o miedo. El mutismo selectivo entraría en esta categoría, ya que el niño habla con normalidad en casa pero se mantiene sin hablar en la escuela o con personas con menor vinculación afectiva.

Como se define como un estado persistente, los síntomas deben durar más de 6 meses y afectar al funcionamiento social y/o escolar del niño (rechazo escolar, incapacidad de hablar en clase, timidez *excesiva*).

En las entrevistas se mostrará ansioso, con dificultades para colaborar en las preguntas y con respuestas breves, inseguras. Mirada baja o rubefacción. Si son pequeños pueden llorar o querer salir de la consulta, los adolescentes suelen presentar semblante triste y pocas expectativas vitales

El diagnóstico diferencial fundamental es con otros trastornos de ansiedad como son las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizado o la agorafobia, no debiendo diagnosticarse como fobia social si hay otro trastorno que lo explique mejor. Es más complicado diferenciarlo de los trastornos depresivos o de la timidez (de forma simple una persona tímida pasa vergüenza y desarrolla el cortejo vegetativo pero sus conductas de evitación no interfieren de forma importante con un funcionamiento normalizado).

El tratamiento por parte de pediatría radica en la prevención de la instauración del trastorno en los niños de carácter tímido o inhibido mediante información a los padres de su influencia, evitando conductas que inhiban las relaciones sociales (muchas veces se trata de padres que también han sido muy tímidos en la infancia), evitar la hiperprotección, explicarles la necesidad de exponer al niño a situaciones sociales como forma de desensibilización (actividades extraescolares, que el niño pida en las tiendas cuando sean cosas que le interesan especialmente, la importancia de los saludos, mantener contacto visual...), evitar comentarios de rechazo hacia el comportamiento del niño y si el trastorno ya está establecido, tratar de implicar al niño en la resolución del problema ya que el niño no suele estar motivado al cambio por el malestar provocado por el miedo.

Una vez instaurado el cuadro, la intervención sería más apropiada de Salud mental o de los servicios psicopedagógicos escolares ya que ellos están en contacto con la realidad social y escolar del menor, de las dificultades que presenta y de las

posibilidades de interacción del entorno (compañeros y profesorado) para ayudarle en el proceso.

Además de un tratamiento con técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales en grupo es especialmente útil, tanto por la adquisición de estrategias sino por el modelado producido por el terapeuta y sus compañeros.

Si ha fallado todo lo anterior o hay una grave repercusión, se decidirá usar el tratamiento farmacológico. Los de elección son los ISRS como ya se ha mencionado anteriormente y en mucha menor medida los moduladores del gaba (gabapentina) o los tricíclicos (clomipramina, 1-3mg/kg/día; amitriptilina 1-2mg/kg/día) y los betabloqueantes. Como los antidepresivos tienen un periodo de latencia de 2-4 semanas, se pueden usar las benzodiazepinas durante ese periodo y luego retirarlas progresivamente.

## FOBIAS ESPECÍFICAS

Los miedos son comunes en cualquier edad, forman parte del desarrollo evolutivo y por tanto no requieren tratamiento. La fobia sería un miedo excesivo y persistente frente a un objeto o circunstancia, generando una conducta de evitación que ocasiona un perjuicio. Es posible que el niño no reconozca el miedo como excesivo e irracional.

La clínica aparece de forma inmediata al estímulo fóbico o ante la posibilidad de éste, desapareciendo con él y se producirán conductas de evitación de las situaciones fóbicas o se soportan éstas con un intenso malestar o ansiedad.

Tipos: se desarrollan frente a animales o insectos, situaciones ambientales (tormentas, viento...), sangre (inyecciones, heridas, intervenciones médicas), situacionales (transporte público, túneles, ascensores...), atragantamiento, exámenes, oscuridad, globos, petardos, personajes determinados....

### Diagnóstico diferencial:

- T. depresivos: la aparición de un cuadro depresivo les puede hacer menos tolerantes ante síntomas fóbicos que estaban mantenidos desde siempre y el motivo de demanda sea el fóbico, mientras que lo nuclear es el cuadro depresivo.
- T. ansiedad: La clínica de ansiedad está directamente al estímulo fóbico, desapareciendo entre crisis, en los trastornos de ansiedad no hay estas fluctuaciones tan directas
- Fobia social: la situación fóbica es la interacción social, más que la situación.

### Tratamiento:

Trabajo con los padres y los niños resaltando otros logros en el pasado como montar en bici, nadar. Se les explica de forma firme pero empática la necesidad de exposición al miedo, para vencer la resistencia lógica es útil la recomendación de utilización de contingencias (sistema de puntos).

Es muy útil entrenar al niño en respiración abdominal profunda (ya comentado) para que lo practique antes de la exposición.

Solo usar fármacos en estados muy severos o una discapacidad grave, en algún caso como en los atagantamientos la fobia se desencadena tras una situación personal desencadenante por lo que puede ser muy útil la utilización de ansiolíticos en los estados iniciales para evitar la cronificación del cuadro y de las dinámicas familiares que se generan (elevada crispación familiar y angustia de las madres a la hora de las comida que provocan mayor ansiedad en el niño, utilización con carácter instrumental del miedo )

En salud mental además de la psicoterapia (Tcn de relajación, desensibilización progresiva, modelado y contingencias) emplearemos un ISRS (sertralina, fluoxetina) que se iniciarán como siempre con dosis bajas.

### **FOBIA ESCOLAR**

Se consideran de forma separada a las fobias simples por la alta prevalencia y sobre todo por la gravedad posible de la repercusión.

La posibilidad de acudir al colegio produce en el niño angustia anticipatoria, que se produce justo antes de acudir al colegio, o bien la tarde antes con aumento de los síntomas al anochecer.

Los síntomas de angustia pueden acompañarse de un cuadro neurovegetativo (náuseas, vómitos, diarrea, abdominalgia, cefaleas). Intentos por parte del niño de evitar ir al colegio. A veces desaparecen al entrar en el colegio y siempre si se queda en casa, reactivándose al llegar la tarde-noche.

En ocasiones el niño puede especificar un motivo de los síntomas de ansiedad (miedo a un profesor, a una asignatura), pero en muchas ocasiones no es capaz de concretar el motivo de su angustia. El comienzo es brusco pero generalmente siempre ha existido un rechazo escolar latente, en un niño por otro lado brillante en los estudios y con familia estructurada.

Diferenciar de los novillos es fácil ya que el adolescente no desea quedarse en casa, no tiene el consentimiento de los padres y no presenta síntomas objetivos de angustia. Al mismo tiempo, el niño con fobia escolar no tiene rasgos disociales.

La negativa a ir a clase puede ser un pródromo de un estado depresivo o psicótico aunque además de la existencia de la sintomatología propia de dichos trastornos, generalmente el funcionamiento está afectado a todas las áreas y es menos evidente la asociación del miedo con la asistencia a clase. Evidenciar que no existe una situación de bullying como motivo del rechazo escolar.

También puede ser una manifestación de la falta de adaptación del centro a un problema de aprendizaje por lo que es indicado ante esa sospecha, contactar con el centro escolar para solicitar valoración de C.I. o cualquier problema de aprendizaje y conocer las adaptaciones realizadas.

### Tratamiento

Hay que conseguir que acuda a clase lo antes posible ya que cuando se consigue, la mayoría de la clínica ansiosodepresiva desaparece. El consentir las conductas de evitación conlleva un agravamiento del miedo y una evolución más tórpida.

Es esencial explicar a los padres la conveniencia de forzar en lo posible al niño, recordando experiencias anteriores como el inicio de la escolarización o aprender a nadar. Al niño al mismo tiempo dichos logros le pueden servir para motivarse en la superación del miedo a ir a clase.

Aconsejar a los padres que ambos lo acompañen si es posible para ver la determinación de los dos progenitores al respecto.

Intentar que el niño entienda el problema y conseguir un mínimo de colaboración, pudiendo elegir algún aspecto de cómo realizar el retorno a la clase (si ya está cronificado, elegir materias, o día de vuelta, pactar horarios)

Entrenamiento en respiración abdominal, autoinstrucciones y autorrefuerzo, si es necesario aplicación de contingencias.

A veces es necesario el tratamiento ansiolítico para los primeros días, se debe utilizar el menor tiempo posible pero no dudar en darlos para evitar la aparición de las conductas de evitación y cronificación del cuadro. Es posible que después de un periodo largo de vacaciones se reactive el problema, aunque si se actúa desde el primer momento se resolverá de forma fácil. Siempre se puede recomendar fármacos con efecto ansiolítico de forma preventiva para estos casos.

Si no ha sido efectivo y ya se ha remitido a la USMIA, se intentará el tratamiento con tcn de modificación de conducta y cognitivas, así como la instauración de tratamiento con ISRS si es preciso o se evidencia un trastorno depresivo asociado. Será imprescindible contar con la colaboración del centro escolar y llegar a un acuerdo con el menor para la reentrada, en muchas ocasiones se agrava por sentimientos de culpa, no querer salir a la calle por vergüenza o para que no le pregunten y temor de tener que dar respuesta a esa pregunta a la vuelta a las clases.

Mientras permanezca en casa, intentar que mantenga el ritmo de estudios de los compañeros pidiendo deberes y durante el horario escolar limitar el uso de videojuegos o TV para evitar ganancias secundarias (aunque no es preciso que se levante con el mismo horario).

## **T. ANSIEDAD DE SEPARACIÓN (TAS)**

El síntoma característico es la ansiedad excesiva en relación con la separación o alejamiento de la madre, de ambos padres o, en general, de cualquier persona a la que el niño se encuentra apegado emocionalmente.

En general, el niño es descrito como de buen carácter y dispuesto a agradar por lo que se toleran situaciones de sobredependencia del niño, pero al mismo tiempo las limitaciones de los padres para realizar actividades de forma independiente del niño pueden hacer que los padres lo vivan con hostilidad y describan al niño como exigente o demandante de atención. Puede ser derivado de modelos de crianza inestables con periodos de negligencia afectiva, junto con momentos de sobreprotección y control.

En situaciones en que se produce o se anticipa la separación respecto de las figuras de apego el niño muestra ansiedad, tanto somática (palpitaciones, rubefacción, inquietud, mareos, etc.) como psíquica (miedo a accidentes de las personas a las que está vinculado o convertir la separación en definitiva).

Esta ansiedad debe ser inapropiada para la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño, y ha de durar al menos 4 semanas. Si se produce absentismo escolar o se generan dificultades sociales secundarias, se puede cronificar el trastorno al perder habilidades sociales, dificultades académicas y refugiarse en la familia como entorno seguro.

En niños muy pequeños, además de ser más aparatosos los síntomas, es más frecuente que se presente tristeza, aislamiento y problemas de concentración cuando se separan de sus padres; en cambio, en adolescentes, el síntoma principal es la limitación de actividades independientes con negativa a salir de casa con cualquier excusa, los adolescentes es difícil que puedan reconocer la dificultad de poder separarse de sus padres o de su casa salvo que exista una buena relación con el médico.

La importancia de la detección y tratamiento del TAS radica en su mal pronóstico dejado a su evolución natural sin tratamiento. El trastorno tiende a cronificarse durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría.

Se calcula que un 30-60% de casos siguen presentando problemas adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos) y dificultades sociales en la edad adulta.

La mayoría se inicia antes de la adolescencia (alrededor de los 9 años), en familias con lazos familiares muy estrechos y ante cambios de escuela, enfermedad o muerte de un familiar o desastres o delitos vividos de cerca. También se relacionan con personas con trastornos psiquiátricos graves ya que no pueden proporcionar a sus hijos un entorno seguro y estable, especialmente los padres con trastornos de personalidad suelen amenazar a los hijos con el abandono y riesgo autolítico y pacientes con enfermedades físicas o somatizadores, pueden requerir a su hijo para su cuidado y generar una vinculación patológica.

Otro factor a tener en cuenta es la propia capacidad del niño, ya que los retrasos mentales o con problemas de aprendizaje se valoran como menos capaces que sus iguales y van a solicitar más cuidados familiares (o son sobreprotegidos), dificultando su autonomía y aumentando su inseguridad ante el temor de perder ese apoyo.

#### Signos de detección:

- Problemas al acostarse para conciliar el sueño, requiriendo presencia de la figura de apego o trasladándose a dormir con la persona de apego en plena noche.
- Resistencia a quedarse solo en casa o a realizar actividades autónomas sin la presencia de los padres: hacer recados, ir solos a algún sitio, dormir en casa de un amigo, ir a un campamento...
- Presencia de conductas de aferramiento (tipo lapa o sombra) siguiendo de cerca a la figura de apego cuando ésta deambula por la casa.
- Preocupaciones o pesadillas relacionadas con la muerte, enfermedad, accidentes, secuestro, etc. De la figura de apego, o de ellos mismos (si esto significa separarse de dicha figura de apego)
- Quejas físicas ante la separación de la figura de apego: cefaleas, dolor abdominal, náuseas o vómitos (en adolescentes: palpitaciones, síncope o vértigo)
- Presencia de ansiedad cuando el niño ha de quedarse solo en la consulta médica sin la presencia de la figura de apego, o ésta sin la presencia del niño
- Amenazas autolesivas, súplicas o chantaje emocional, rabietas (llanto, gritos, pataleo), etc. Cuando la figura de apego anticipa o amenaza con llevar a cabo una separación respecto al niño
- Resistencia a asistir al colegio con quejas de trato inadecuado en éste por parte de compañeros o profesores, o excusas de quejas somáticas

### Diagnóstico Diferencial:

- *Fobia escolar*: en el TAS, la ansiedad ante la separación del entorno familiar no se asocia sólo a la asistencia al colegio, sino también a cualquier actividad que sea incompatible con la presencia paterna (p. ej. Fiestas o estancias en casa de compañeros), o a que éstos se ausenten de su lado (por viajes, trabajo, etc.). En cambio, los niños con fobia escolar genuina pueden estar tranquilos en lugares diferentes de la escuela, sin necesidad de la presencia de la figura de apego en dichos lugares. En el TAS no hay una situación concreta de la escuela a la que se teme (acoso por compañeros, hiperexigencia de profesores...) como en la fobia escolar genuina.
- *Trastorno de ansiedad excesiva o generalizada*: en el TAS la ansiedad se relaciona sólo con las situaciones que suponen separación de la figura de apego (no obstante hay comorbilidad en 20-30% de casos)
- *Fobias simples o específicas* (insectos, oscuridad, etc.): a menudo se asocian al TAS pero en éste el cuadro clínico es más variado e incapacitante para su vida diaria, y típicamente sólo en situaciones de separación de la figura de apego
- *Fobia social*: en el TAS la ansiedad se relaciona con la separación de figuras de apego y no con la exposición a la valoración ajena, y en la fobia social la presencia de figuras de apego no reduce el miedo a dicha exposición
- *Depresión mayor*: aunque las cifras de comorbilidad son altas, el TAS suele preceder a la depresión y es rara la intención suicida
- *Trastornos generalizados del desarrollo o trastornos psicóticos*: la ansiedad por separación en estos trastornos es un síntoma accesorio, estando presentes síntomas más típicos de estos trastornos (alteraciones en lenguaje, interacción social, ideas delirantes, etc.)

### Tratamiento:

No dudar derivar a los padres a terapia individual si la patología paterna está perpetuando el problema o derivación a los SEAFI municipales para intervención familiar si los estilos de crianza son patológicos..

Solicitar la colaboración de los padres para el manejo de la ansiedad del niño y la realización exposiciones progresivas a la separación mediante el uso de refuerzos

Indicaciones respecto a la extinción de conductas de evitación respecto al centro escolar, especialmente tras periodos festivos.

Al inicio de la exposición puede ser útil el uso de benzodiazepinas durante periodos breves (2-4 semanas).

En USM se realiza tratamiento cognitivo-conductual (relajación + exposición progresiva con refuerzos) y si la gravedad lo requiere, el empleo de ISRS en primer lugar y si no son efectivos los antidepresivos tricíclicos.

## T. PÁNICO

Son crisis intensas de ansiedad con síntomas fisiológicos y psicológicos intensos, de forma brusca, sin desencadenantes aparentes con periodos asintomáticos entre crisis. La repetición de las crisis en el tiempo hace que se desarrolle ansiedad anticipatoria con gran temor a su reaparición y desarrollo de conductas agorafóbicas o de evitación.

Se requieren al menos de 4 de un total de 13 síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1.- Palpitaciones
- 2.- Sudoración
- 3.- Temblores
- 4.- Sensación de ahogo
- 5.- Sensación de atragantarse
- 6.- Opresión o malestar torácico
- 7.- Náuseas o molestias abdominales
- 8.- Inestabilidad, desmayo, mareos
- 9.- Desrealización/despersonalización
- 10.- Miedo a perder el control o a volverse loco
- 11.- Miedo a morir
- 12.- Parestesias acras
- 13.- Escalofríos

Diagnóstico diferencial orgánico con: Infarto de miocardio, angina de pecho, taquicardia supraventricular, crisis parciales simples, diabetes, hipoglucemia, feocromocitoma, embolia pulmonar, síndrome carcinoide, infarto de miocardio, angina de pecho, taquicardia supraventricular, crisis parciales simples.

### Tratamiento:

Explicar a la familia y al paciente de los síntomas físicos de la ansiedad y que es ésta la que genera el miedo a morir, a perder el control o volverse loco. Evitar expresiones como “no tienes nada” o no empatizar con el paciente respecto de su trastorno, pudiendo sentirse culpables de su provocación.

Intentar prevenir las conductas de evitación.

Aunque los ansiolíticos no serían los fármacos de elección ya que los han desplazado los ISRS, se podrían utilizar para ver evolución o a la espera de la visita por Salud mental si no se considera que se pudiera tratar desde primaria. Si el médico está habituado con el uso de los ISRS se podrían iniciar desde primaria o realizar el seguimiento de mantenimiento una vez instaurado desde salud mental y haber entrenado al niño o adolescente con técnicas cognitivo conductuales.

## **T. ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños y adolescentes se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y fuera de control sobre gran número de hechos y actividades de la vida diaria, que interfieren con su funcionamiento familiar, social y escolar.

La preocupación es desproporcionada a los hechos, y una vez el niño empieza a preocuparse encuentra muy difícil o imposible parar. La distinción entre las preocupaciones apropiadas a la edad y las propias de este trastorno se basa más en su persistencia y carácter poco realista que en el objeto de la preocupación. Las preocupaciones hacen referencia a la escuela, familia, amigos, rendimiento, competencia, aprobación y conducta pasada, puntualidad, salud y aspectos del mundo como guerras y catástrofes. Los acontecimientos futuros y las situaciones nuevas o poco familiares son también motivo de preocupación.

Los padres comentan que sus hijos son catastrofistas y que se preocupan por todo. Los adultos describen a estos niños como perfeccionistas, conformistas y rígidos, y en ocasiones como opositoristas.

Frecuentemente buscan ser tranquilizados por los demás, aunque esto sólo les alivia momentáneamente. La preocupación puede manifestarse con irritabilidad. Los niños con TAG tienen tendencia a procesar la información de manera sesgada hacia la amenaza.

Para realizarse el diagnóstico, esta ansiedad y preocupación deben ir acompañadas como mínimo por un síntoma físico (generalmente cefaleas, dolores abdominales o alteraciones del sueño), presentarse la mayoría de días y un mínimo de 6 meses. Los niños no suelen reconocer sus temores como excesivos. Los padres refieren más síntomas físicos que los propios niños. Los niños mayores (11-13 años) refieren más síntomas físicos que los de menor edad (9-11 años). Es muy raro que no se asocie a otros problemas de ansiedad o depresión, e incluso trastornos no neuróticos como el TDAH o T. conducta.

El desarrollo del TAG puede ser secundario a una experiencia en la primera infancia sobre la falta de control del entorno como experiencias traumáticas, condiciones psicosociales adversas. Un C.I. alto puede asociarse a una preocupación por el futuro y la anticipación de resultados negativos.

La evolución es crónica y fluctuante, empeorando en momentos de estrés y generalmente llegan a la edad adulta. Es frecuente que los familiares de primer grado tengan trastornos de ansiedad generalizada, aunque el factor genético parece que predispone de forma inespecífica tanto hacia la aparición de trastornos de ansiedad como a T. depresivos. Hay autores que opinan que más que un trastorno, en realidad es un rasgo caracterial ya que la preocupación ha existido desde siempre. Los padres por otro lado, suelen reforzar las conductas de evitación y son más sobreprotectores, si además son ansiosos proporcionan modelos de conducta ansiosa a sus hijos.

#### Diagnóstico y Valoración pediátrica:

Inicio de los síntomas y contexto en el que se producen

Evaluación de si la ansiedad es reactiva, espontánea o anticipatoria y grado de afectación en la vida diaria y conducta de los padres.

Tener en cuenta el nivel evolutivo

Historia de enfermedades de ellos o de los padres, de cambios en el entorno

Valorar el temperamento del niño, su adaptabilidad, la vinculación afectiva y la facilidad para tranquilizarse o ser tranquilizado.

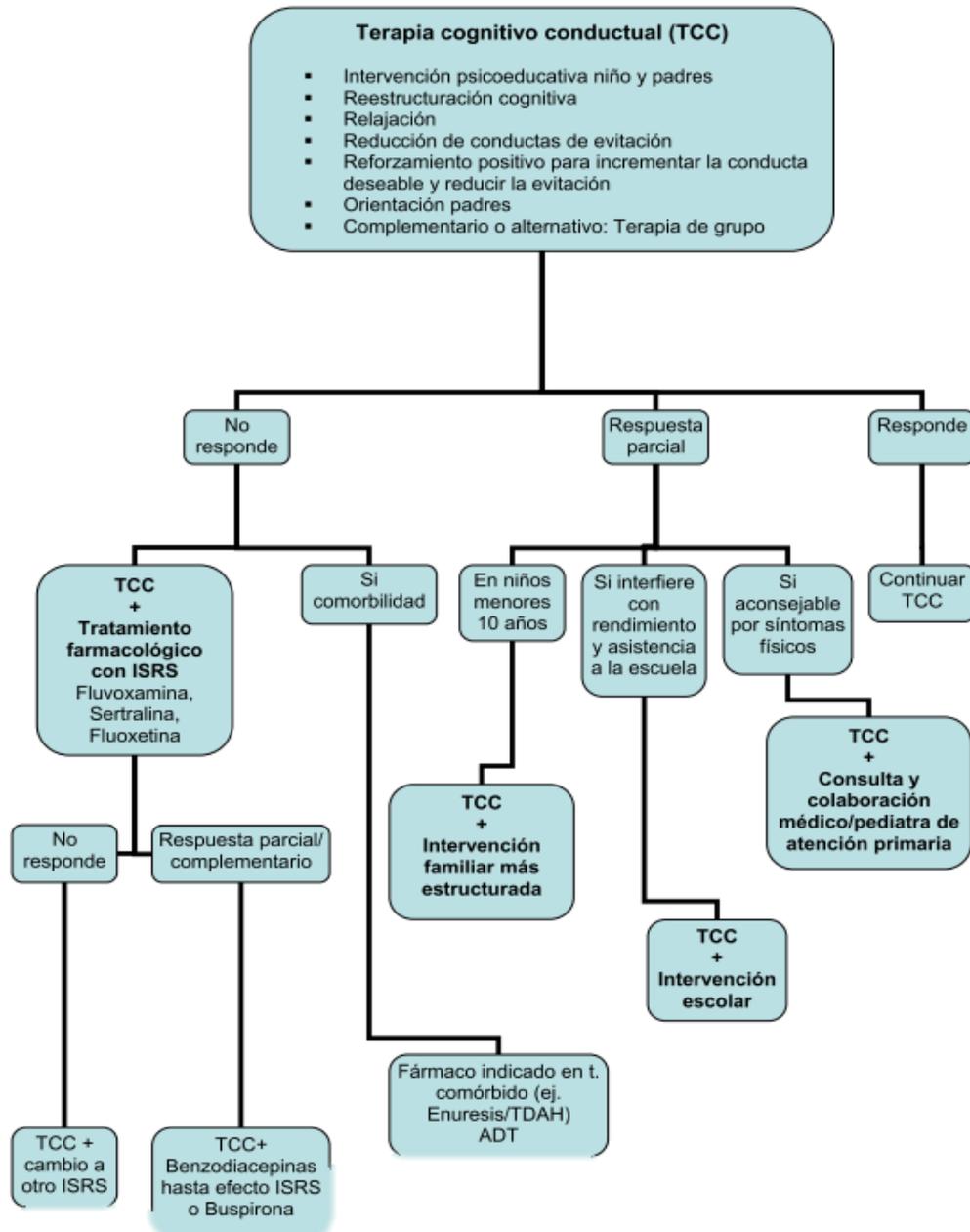
#### Tratamiento:

Explicación a los padres y reducción de las conductas de evitación con reforzamiento positivo.

Tcn de respiración abdominal.

Si la interferencia con su funcionamiento es elevada, remitir a USMIA donde se intentará trabajar con cognitivoconductualmente y si es preciso se asociará tratamiento farmacológico (ISRS).

## 6.- Algoritmo terapéutico



## **T. DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

El diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) requiere que se haya producido una exposición a un acontecimiento traumático que debe ser potencialmente amenazante para la vida o para la salud del individuo o de otra persona de su entorno más cercano. Ejemplos: abuso sexual, rapto, acoso en el colegio por parte de compañeros, accidentes graves con vehículos de motor, desastres naturales o provocados por el hombre y enfermedades amenazantes para la vida del individuo como cáncer o quemaduras graves.

Será más grave, si el trauma está causado por un familiar significativo, si tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos, la exposición prolongada al trauma, el papel activo o pasivo del niño. Si está en una etapa evolutiva de cambio también será más sensible.

(En un documento adjunto se facilita una guía de autoayuda y para padres que se difundió tras los atentados del 11 M, parte de las recomendaciones se pueden aplicar a cualquier situación traumática)

Los niños que padecen TEPT responden a dichos eventos con intenso temor, horror o desesperanza, y en ocasiones muestran comportamientos desorganizados y agitación. También desarrollan síntomas característicos como re-experimentación del acontecimiento traumático (miedo, pensamientos de tipo intrusivo relacionados con el trauma y pesadillas o sueños recurrentes), evitación, y aumento del umbral del nivel de activación fisiológica (ataques de rabia, irritabilidad, dificultades en el sueño, dificultades de concentración y atención, hiperactividad motora y quejas somáticas e hipervigilancia).

Los síntomas van a depender en gran medida de la edad del niño, haciendo menor referencia al acontecimiento traumático los niños de menor edad. En los niños más pequeños estos síntomas pueden tomar la forma de miedo a monstruos o animales, siendo más difícil hacer un diagnóstico diferencial con temores y pesadillas normales en este grupo de edad. También se pueden producir regresión en el control de esfínteres. En adolescentes pueden aparecer sentimientos de culpabilidad, mantener en secreto lo sucedido, conducta ambivalente entre la agresividad y deseos de venganza junto con inhibición y pasividad.

Todo aquello que recuerde el acontecimiento traumático generalmente provoca en el niño un intenso estrés psicológico o aumento del umbral de activación fisiológica. Por ello, típicamente tratan de evitar todo aquello que recuerde al trauma.

Los adolescentes con TEP pueden usar drogas o alcohol para disminuir los síntomas de re-experimentación, o para evitar pensar en lo ocurrido. Muchos de estos niños tienen dificultades para expresar verbalmente sus síntomas e incluso su desesperanza respecto al futuro.

Existe una elevadísima comorbilidad respecto a la mayoría de trastornos psiquiátricos, tanto los internalizantes como otros trastornos de ansiedad o depresivos como los externalizantes como T. conducta, abusos de sustancias y en la actualidad se empieza a pensar en el trastorno límite de personalidad como la evolución de la existencia de sintomatología postraumática crónica durante la infancia como consecuencia de acontecimientos adversos repetidos y crianzas con maltrato físico o emocional.

(Protocolo diagnóstico después del apartado de tratamiento)

### Tratamiento

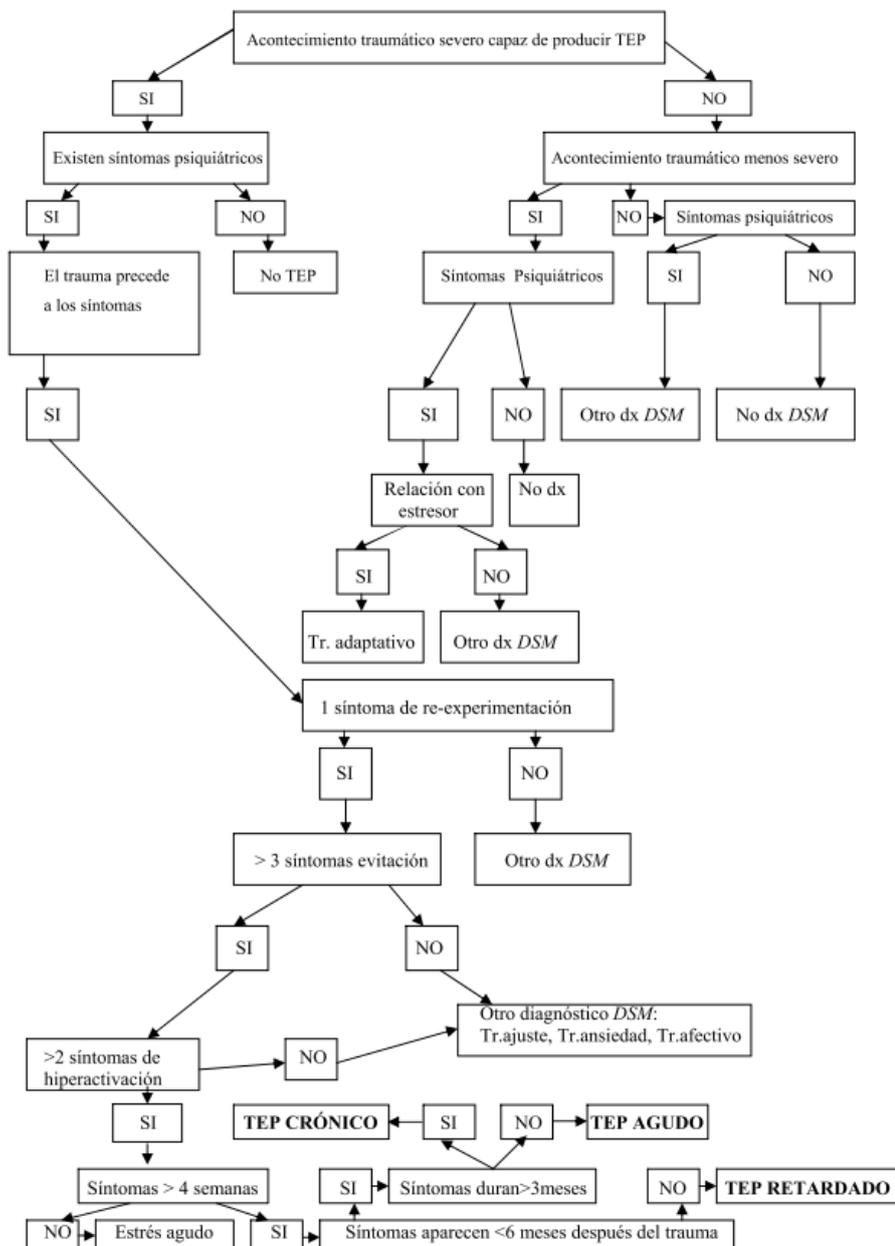
En niños y adolescentes es muy controvertida la tendencia actual a la intervención precoz del trauma, ya que la exposición muy precoz a las memorias traumáticas puede interferir en las defensas normales y la recuperación del individuo, además de que en dicho proceso los profesionales encargados deberían tener una preparación específica. Como mucho, la intervención inicial únicamente sería de protección, evitar la separación de los padres y actitud de escucha y de contención emocional sin forzar la conversación.

El apoyo familiar es básico, tanto para evitar el desarrollo del TPEP como en la fase del tratamiento, en la que se va a pedir al niño el procesamiento y elaboración tanto de los estímulos externos como los internos. Cuanto más pequeños más influenciados por la reacción familiar pudiendo ser superior al impacto del trauma si la respuesta es adecuada (protector). Si es necesario tratar a los padres para que puedan manejar su propia ansiedad

Instaurar lo antes posible un ambiente de seguridad y normalización de horarios y actividades habituales. Evitar el doble mensaje de “no ha pasado nada” o trivializar lo pasado, pudiendo expresar preocupación de forma controlada. Si son desastres colectivos, evitar la exposición del niño a los medios de comunicación e imágenes repetidas del suceso. Los padres pueden tolerar con cierta flexibilidad ciertos comportamientos regresivos como miedo a dormir solo o enuresis.

Al niño hay que explicarle lo que está pasando y darle confianza en que le ayudaremos a que los síntomas vayan desapareciendo con el tiempo. Si tras el periodo de latencia, se han desarrollado los síntomas propios de un TPEP (1 mes de duración), o se mantiene el estado de shock o con alteraciones graves de conducta, el tratamiento se debe realizar por las USMIAs mediante terapias cognitivo conductuales (exposición, procesamiento del suceso traumático, técnicas de control de la ansiedad), desensibilización y reprocesamiento mediante los movimientos oculares y si es necesario psicofármacos, siendo más útil en esta ocasión el citalopram, también se han usado : propanolol, clonidina e incluso antipsicóticos y antiepilépticos.

**Fig.1.- Protocolo diagnóstico de TEP**



## **T. OBSESIVO-COMPULSIVO**

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Las obsesiones se experimentan como propias, involuntarias, inapropiadas y desagradables, originando malestar subjetivo en forma de miedo, disgusto, dudas o sensación de incompletud, no siendo simples pensamientos excesivos acerca de problemas de la vida real.

Las compulsiones son comportamientos, motores o actos mentales, repetitivos, finalistas e intencionales que el sujeto se ve impelido a realizar de manera estereotipada o de acuerdo a determinadas reglas, por lo general en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado, objetivamente improbable, para sí mismo o para los demás.

Se requiere que las obsesiones y/o compulsiones causen además de un malestar clínico objetivo, una pérdida de tiempo en la rutina diaria con interferencia significativa en el funcionamiento general, originando al sujeto desadaptación familiar, académica y/o social.

Los niños, y con alguna frecuencia los adolescentes, puede que no perciban subjetivamente los síntomas como excesivos, irracionales o extraños, pudiendo resultar egosintónicos, lo que puede plantear dudas sobre la resistencia que oponen a los síntomas, por eso motivo, hay que ser flexible en el diagnóstico y realizarlo en los casos en los que exista una interferencia en su funcionamiento aunque el niño no lo considere como molesto. También indicar que sobre todo en la infancia, con frecuencia hay rituales y obsesiones pero son transitorios y leves por lo que no cumplirían criterios para un diagnóstico.

Se ha descrito el síndrome PANDAS como un TOC en la niñez asociado a infecciones estreptocócicas, por lo que es conveniente preguntar por la existencia de infecciones previas al inicio del episodio, ya que el tratamiento es radicalmente distinto (antibióticos si agudización).

En niños con familiares con TOC o que presentan Tics, la presentación de la clínica es más precoz. Algunos autores consideran los tics como una manifestación precoz del TOC. A veces es difícil distinguir entre una compulsión y tics motores complejos pero pueden descartarse éstos si previamente no hay una historia de tics simples.

El diagnóstico vendrá determinado por la entrevista clínica, valorando tiempo de aparición, desarrollo madurativo/evolutivo (como ya se ha comentado, hay etapas en los que algunos síntomas TOC son normales) y sobre todo la interferencia en el funcionamiento social/escolar/familiar. Existen escalas validadas en castellano como la CY-BOCS (escala de Yale-Brown) o la autoaplicada LOY-CV (Leyton Obsesional Inventory-child versión).

Existen muchos trastornos con manifestaciones obsesivas y/o compulsivas como la anorexia nerviosa, T. somatización, tricotilomanía, sdr de la Tourette, hipocondría, compulsiones sexuales, trastorno mental orgánico, sdr prader willi o la corea de Sydenham, trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia, otros trastornos de ansiedad como el pánico o TEPT.

No hacen falta pruebas complementarias salvo si se sospecha de PANDAS (cultivo de frotis faríngeo) y determinación de ASLO. Si se va a realizar tratamiento farmacológico es importante tener una analítica previa y si no hay respuesta y hay que tratar con tricíclicos, un estudio ECG previo y tras el tratamiento.

En los casos leves la explicación del trastorno, el por qué hay que cambiar las actitudes y elaborar una jerarquía sencilla de afrontamiento de las compulsiones es suficiente para la mejoría del niño. Desculpabilizar al niño y sus familias que no se tratan de malas costumbres o errores educativos de los padres, con lo que se disminuye la ansiedad en la relación y los chantajes mutuos. Avisar a los padres que la excesiva implicación emocional aumentan las compulsiones

En los casos leves, las técnicas cognito-conductuales son suficientes, (y son las de elección en niños más pequeños, por lo menos intentarlas, ya que son menos efectivas por ser egosintónicos los síntomas en estas edades; por ese motivo las puramente conductuales suelen ser mejores que las cognitivas). En los casos moderados-severos suele ser necesario además asociar un ISRS desde el inicio. Si no hay buena respuesta se cambia a otro ISRS o se combina con clomipramina. Si sigue sin haber respuesta o se asocian a tics, añadir antipsicóticos atípicos.

En nuestra experiencia con la psicoeducación del trastorno y el isrs a dosis bajas es muy efectivo por lo que dada la facilidad de manejo de los ISRS y el fácil reconocimiento en muchas ocasiones de la patología TOC, podría realizarse una intervención de dicha patología desde pediatría para los casos específicos sin comorbilidad, pudiendo ser de elección valorando coste-beneficio y esfuerzo o si no se cuenta con la familia o el paciente para el abordaje conductual.

En un documento adjunto, se muestra un documento para padres y niños de información sobre el trastorno para mejor motivación y cumplimentación del tratamiento.

<b>Tabla 4.2.- Antidepresivos recomendados en niños y adolescentes con TOC</b>			
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial</b>	<b>Incremento gradual</b>	<b>Dosis máxima</b>
<b>Fluvoxamina</b>	25 mg/día	50 mg/día/semana	300 mg/día ó 5 mg/kg/d
<b>Fluoxetina</b>	Peso<25 kg: 5-10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	60-80 mg/día
<b>Sertralina</b>	25 mg/día	50 mg/día/1-2 semanas	200-250 mg/día
<b>Paroxetina</b>	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	50 mg/día
<b>Citalopram</b>	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 20 mg/día	10-20 mg/día/1-2 semanas	50 mg/día
<b>Clomipramina</b>	Peso<25 kg: 10 mg/día Peso>25 kg: 25 mg/día	<10 años: 10 mg/día/3 días >10 años: 25 mg/día/3 días	250 mg/día ó 5 mg/kg/d

FUENTE: Guías de procolos clínicos de AEPNYA

## **T. DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

La patología depresiva del niño y del adolescente, aunque se defina en el DSM mediante criterios diagnósticos específicos, no es un grupo homogéneo. Además de diferenciarse en sus manifestaciones de la depresión del adulto, también pueden cambiar según la edad o la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Así los adolescentes presentan cuadros más similares al de los adultos, mientras que los niños suelen manifestar alteraciones de conducta, molestias físicas o sintomatología ansiosa. Los episodios graves y con la aparición de tristeza, distorsiones cognitivas depresivas y alteraciones de la vida instintiva no generan dificultades diagnósticas, el problema aparecen ante cuadros de instauración lenta o sobre todo comórbidos que enmascararán los síntomas depresivos.

En general, los trastornos depresivos son trastornos prevalentes, recurrentes y con una alta tasa de comorbilidad, ensombreciendo el futuro psicosocial del menor y se acompaña de un alto riesgo de suicidio y de abuso de sustancias.

La intervención fundamental en pediatría es la detección y seguimiento de los menores con factores de riesgo hereditarios o ambientales: antecedentes psiquiátricos familiares graves (grupo de hijos de padres con trastornos psiquiátricos en general, y con trastornos depresivos, bipolares y esquizoafectivos, en particular), situaciones vitales adversas como duelos o enfermedades crónicas, antecedentes personales de patología psiquiátrica como los trastornos de ansiedad mantenidos o familias desestructuradas. El grupo de riesgo más importante es de los adolescentes que ya han sufrido con anterioridad un episodio depresivo.

Cuando se sospeche de un episodio depresivo, se deberá obtener información de forma conjunta y separada de los padres y a veces serán necesarias varias visitas para poder llegar a una conclusión diagnóstica.

La asociación de enfermedades orgánicas con sintomatología parecida a la depresiva obligaría a la realización de analítica y bioquímica completa solicitando función tiroidea. Habrá que descartar enfermedades orgánicas especialmente si no se evidencian cogniciones depresivas ni se detectan factores de riesgo. Las enfermedades más asociadas son las hepatitis, mononucleosis, ferropenia/anemia, diabetes, hipotiroidismo, neoplasias, lupus, epilepsia.

Existen cuestionarios para niños de edades comprendidas entre los 8-16 años como el CDS de TEA ediciones.

### Diagnóstico diferencial

Con los trastornos adaptativos y de ansiedad, TDAH y trastornos de conducta y trastornos por uso o abuso de sustancias. En menor frecuencia, los trastornos de la conducta alimentaria, y la disforia premenstrual.

La dificultad se basa en sintomatología común como las alteraciones en el aprendizaje, trastornos de la alimentación y del sueño, baja auto-estima, desmoralización, irritabilidad, disforia y alteraciones de la concentración.

<b>Tabla/figura 1.- Signos y síntomas de detección y/o derivación</b>	
Los síntomas de detección giran alrededor de la presencia del síntoma <b>depresión</b> (entendido éste como tristeza patológica; es decir, excesiva en intensidad y en duración, que no se puede entender por el contexto social en que aparece y que incapacita al niño para desarrollar las tareas habituales). La presencia de ideación de suicidio (sea esta ideación más o menos estructurada y se acompañe o no de planes específicos) y de puntuaciones altas en escalas generales de valoración (CDI y otras) aplicadas en la escuela o en grupos poblacionales específicos, son otros síntomas de detección. Algunas características específicas y que pueden ser tenidas en cuenta son:	
<b>En niños</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Más síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación), más quejas somáticas y alucinaciones auditivas.</li><li>▪ Irritabilidad episódica y rabieta. Menos delirios y menos conductas suicidas que en los mayores.</li></ul>
<b>En adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Más trastornos del sueño y del apetito, ideas deliroides, pensamientos y actos suicidas.</li><li>▪ Más problemas de conducta y menos síntomas neurovegetativos (comparados con los adultos).</li></ul>
<b>En distimia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cambios del humor más persistentes pero menos intensos que los del trastorno depresivo mayor.</li><li>▪ Presencia de marcado deterioro psicosocial.</li><li>▪ Durante el último año ha habido irritabilidad o humor depresivo durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.</li><li>▪ Alteraciones del sueño, del apetito, de la concentración, de la autoestima, así como presencia de desesperanza y pérdida de energía y de la capacidad de tomar decisiones.</li></ul>

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

### Tratamiento:

Si el estado depresivo se corresponde a un trastorno adaptativo con síntomas leves y con entorno familiar y personal favorable, se puede realizar seguimiento desde pediatría únicamente con apoyo (hay estudios que indican la efectividad al mismo nivel que la cognitiva en estos casos) o manejo de la sintomatología ansiosa asociada.

En los casos en los que se haga evidente la existencia de un trastorno depresivo se debe remitir a las USM para tratamiento, bien inicial con psicoterapia en los casos leves, bien para tratamiento conjunto con psicoterapia cognitivo conductual y antidepresivos ISRS. Especialmente remitir en los casos asociados a sintomatología psicótica o alteraciones severas de conducta.

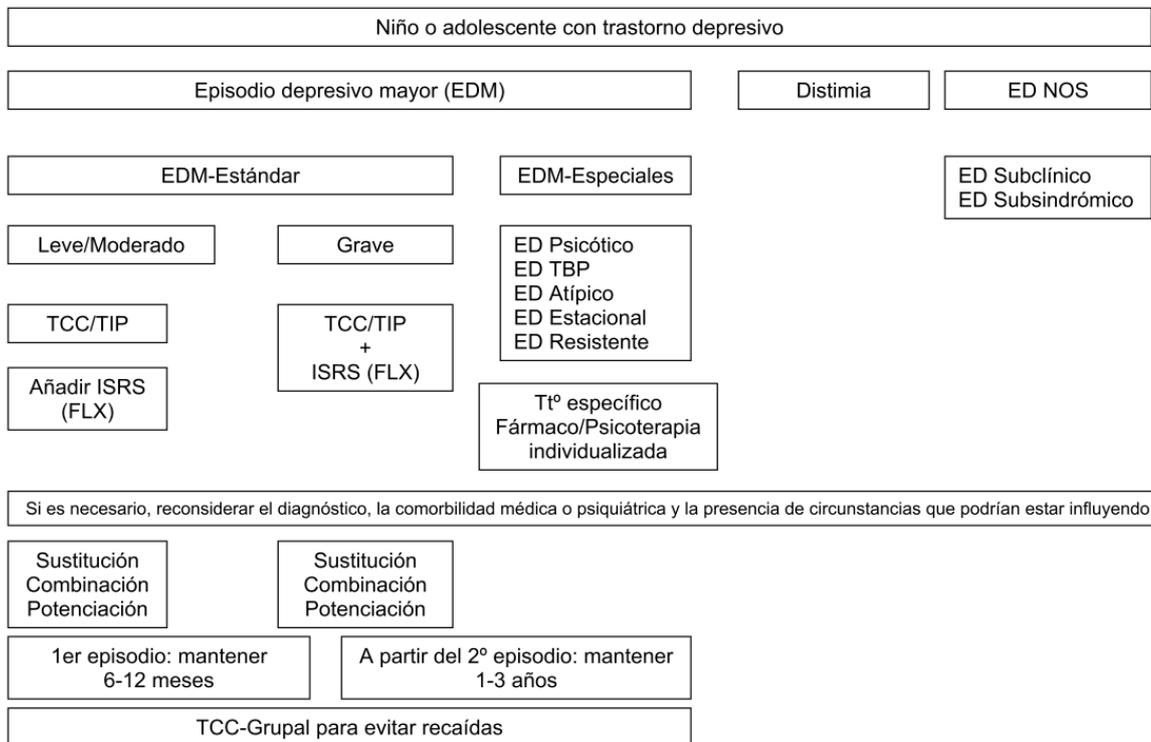
El uso de ISRS en el tratamiento ha sido muy controvertido ante la aparición de estudios en los que se evidenciaba el incremento de la ideación suicida en los adolescentes en tratamiento, así como pocas evidencias de la utilidad en estudios controlados. Sin embargo las evidencias de la práctica clínica y estadísticas en las que se relaciona el incremento notable de los suicidios consumados desde la publicación de la alarma y reducción de las prescripciones de antidepresivos, han hecho que esta controversia no esté tan de actualidad a pesar de seguir contando con pocos estudios fiables sobre la respuesta a los ISRS. De todos ellos, el que inicialmente no se relacionó con la aparición de las ideas suicidas fue la fluoxetina por lo que es el ISRS de elección a partir de los 8 años. A pesar de todo, se aconseja la prudencia, valoración individualizada del caso, advertencias a la familia de la posible aparición de dichas ideas y del periodo de latencia y tener contacto con el paciente semanalmente hasta estabilidad de la dosis o mejoría clínica. Como siempre, es recomendable empezar con dosis bajas ( 5-10mg de fluoxetina ) e incrementar progresivamente hasta los 20 mg/día (max 60mg).

Una vez se llega a una dosis adecuada, se mantiene durante unas 4 semanas para ver respuesta al tratamiento, si está mejor se mantiene la dosis. Si no se observa mejoría, se incrementa dosis o se cambia de antidepresivo. Si se considerara la necesidad de asociar o cambiar por un antidepresivo tricíclico es necesaria la colaboración de pediatría para la monitorización del ECG. En los casos más resistentes se puede asociar un antipsicótico atípico, lito o incluso llegar a la terapia electroconvulsiva.

La psicoterapia más utilizada es la cognitiva, pudiendo realizarse una terapia interpersonal si el funcionamiento social es uno de los factores asociados o intervenciones sociofamiliares en familias con conflictividad entre sus miembros.

Dada la alta posibilidad de recaídas, se debe mantener el tratamiento durante 6-12 meses después de llegar a la remisión total y según el estado del paciente y los apoyos sociofamiliares que tiene son convenientes las visitas mensuales. La retirada siempre será lenta y al menos durante dos meses. Es preferible empezar la reducción durante etapas con poca exigencia como el verano, para seguir reducción durante el primer trimestre escolar si es posible. Cuando existen varios episodios depresivos o se acompaña de gravedad clínica, se debe considerar un tratamiento más prolongado a lo largo de varios años (1-3 años).

**Tabla/figura 4.- Algoritmo terapéutico en Trastornos depresivos**



## **T. BIPOLARES**

Un mínimo apunte al respecto, dado que tanto la dificultad del diagnóstico como su seguimiento hace que sea una competencia propia de las unidades de Salud mental.

Generalmente se derivan o ya están en seguimiento por actitudes externalizantes como trastornos de conducta, TDAH, irritabilidad o rabietas . Cuanto menor es la edad mas inespecíficos son los síntomas y menos episódicos, pudiendo mantenerse en el tiempo o ciclar bruscamente a lo largo del día. La presencia de alucinaciones puede orientar hacia el diagnóstico de manía ya que suelen ser frecuentes en este rango de edad (no en adultos). La aparición de sintomatología hiperactiva de inicio en la niñez o adolescencia sin historia de síntomas tdah en la infancia también nos debe hacer sospechar de dicho diagnóstico, ya que generalmente el TDAH se inicia en etapas muy tempranas. Muchas veces es la clínica a lo largo del seguimiento, el mayor grado de conocimiento del menor y de su entorno lo que nos lleva al diagnóstico de un T. Bipolar.

En casos de aparición brusca de cambios de conducta y sintomatología maniforme en adolescentes descartar abuso de sustancias, aunque la instauración en esas edades es típica la instauración aguda de los síntomas.

El tratamiento de elección sigue siendo el litio a partir de los 12 años (conveniente la monitorización de función renal y tiroidea cada 3- 6 meses así como determinaciones plasmáticas periódicas para asegurar mantener el tratamiento dentro de niveles terapéuticos : 0.6-1.2 meq). Control ECG, al menos anual.

También son útiles otros antiepilépticos como el valproato, oxcarbacepina, antipsicóticos atípicos, evitando en lo posible los antidepresivos, especialmente en monoterapia.

## TDAH

Resumiendo los criterios DSM, el TDAH se caracteriza por tres síntomas nucleares: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Dichos síntomas son muy frecuentes en la infancia e inespecíficos puesto que se asocian con múltiples trastornos psiquiátricos infantiles, por lo que deben existir con carácter crónico, y la clínica tendrá una intensidad y frecuencia elevadas para la edad del niño afectando al menos en dos áreas de funcionamiento: escolar, familiar y social.

Además de los síntomas nucleares aparecen dificultades asociadas como:

- Interacción social: al presentar comportamientos desinhibidos, no pensar en sus acciones y ser más egocéntricos e inmaduros, aparecen conflictos con la familia y socialmente pueden ser impopulares y con amistades muy poco duraderas.
- Rendimiento académico por debajo de su capacidad.
- Dificultades de aprendizaje por la escasa memoria de trabajo y la menor organización
- Dificultades en la expresión verbal por no ordenar sus ideas antes de hablar.
- Torpeza motora fina (escritura mala) y gruesa (malos en deportes, golpes con frecuencia)
- Escasa tolerancia a la frustración
- Dificultades en el manejo del tiempo
- Tendencia a la autoestima baja ya que la devolución que le da el entorno es negativo continuamente
- Tendencia a conductas de riesgo por su impulsividad

Se suele acompañar de dificultades de coordinación motora, déficits en la función ejecutiva o memoria, alteraciones de la visión. No es infrecuente que el déficit de atención sea el único síntoma detectado por profesores e incluso padres en niños con disfasias, trastornos generalizados del desarrollo, dislexias u otras dificultades de aprendizaje e incluso en niños con coeficiente intelectual límite o retrasos mentales leves. Es importante la orientación adecuada en las etapas iniciales ya que van a influir en su vida social y familiar y en su desarrollo evolutivo en general.

Cuando las quejas de clínica TDAH se inician en la adolescencia es importante preguntar sobre información retrospectiva de los primeros años de escolarización, ya que puede ser que existan mejorías de la sintomatología motora y no sea tan evidente la inquietud, y evidenciarse únicamente una falta de motivación que aparecen en la adolescencia pero que en este caso se trataría de actitudes de desmoralización o

rechazo frente al estudio por los fracasos académicos continuos por un TDAH no detectado en educación primaria. Dichas actitudes pueden acabar en trastornos de conducta o disociales y consumo de sustancias o si son niños mas internalizantes hacia cuadros afectivos y sensación de fracaso vital. La frecuencia del TDAH en los padres puede facilitar el diagnóstico en estos casos.

Signos y síntomas en menores de 6 años	
Síntomas diana	Síntomas asociados
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> inquietud motora excesiva (siempre corriendo, no permanece sentado, cuando lo está moviéndose, etc.).</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> escasa duración en un juego, fichas escolares, etc., aún gustándole.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conductas oposicionistas, desafiantes</li> <li>▪ Gran Irritabilidad</li> <li>▪ Problemas de sueño</li> <li>▪ Retraso en el lenguaje</li> <li>▪ Dificultades escolares</li> <li>▪ Déficit coordinación motora</li> <li>▪ Problemas de relación familia y compañeros</li> </ul>

Signos y síntomas infancia edad escolar	
Síntomas diana	Síntomas asociados
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> hiperactividad motora y vocal. Dificultad para permanecer sentado y seguir las tareas, etc.</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> pobre mantenimiento de atención y fácil distraibilidad.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD:</b> dificultad en esperar, disminución conciencia de daño, incremento de accidentes, etc.</p>	<p><b>ÁREA COMPORTAMENTAL:</b> oposicionismo, desobediencia, rabietas frecuentes, agresividad, negativismo, etc.</p> <p><b>ÁREA AFECTIVA:</b> labilidad afectiva, cambios de humor frecuentes, baja tolerancia a las frustraciones, etc.</p> <p><b>ÁREA ESCOLAR:</b> bajo rendimiento académico, posible repetición de curso, etc.</p> <p><b>ÁREA FÍSICA:</b> Problemas de sueño, incoordinación motora, etc.</p> <p><b>LENGUAJE:</b> dificultades en interacción social, seguir instrucciones complejas, reciprocidad en conversación.</p> <p><b>ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS:</b> disminución función ejecutiva, alteraciones visoperceptivas, etc.</p>

Signos y síntomas adolescencia	
Síntomas diana	Síntomas asociados
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> disminuye considerablemente, puede no detectarse, más movimientos de manos, pies, etc., que permanecer sentado.</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> se mantienen los déficit siendo la demanda atencional mayor teniendo mayores consecuencias académicas.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD:</b> participar en actividades de riesgo, etc.</p>	<p><b>ÁREA COMPORTAMENTAL:</b> problemas de relación con compañeros y familia. Mentiras frecuentes, desobediencia, incremento agresividad, etc.</p> <p><b>ÁREA AFECTIVA:</b> incremento autoconciencia del trastorno y secundarios problemas emocionales (a veces sintomatología afectiva), labilidad afectiva, cambios de humor, irritabilidad, baja autoestima, excitabilidad.</p> <p><b>ÁREA ACADEMICA:</b> muchos repetición de cursos, mayores dificultades académicas.</p> <p><b>COGNITIVAS:</b> disminución función ejecutiva, dificultad en planificar y organizar es ahora más evidente.</p>

### Evaluación Diagnóstica:

El diagnóstico es clínico, por un facultativo entrenado y experimentado en el TDAH y comorbilidades (La Guía práctica clínica española no limita el diagnóstico a los neuropediatras o psiquiatras), siendo imprescindible contar con información de los padres, del centro escolar, y la entrevista con el niño o adolescente, revisando los antecedentes familiares y personales y con exploración física y psicopatológica del niño.

Los cuestionarios autoaplicados para padres y profesores (EDAH, Conners) son complementarios pero no sustituyen la entrevista clínica.

Los cuestionarios de psicopatología pueden usarse para cribaje de comorbilidad.

Es muy recomendable una exploración física, valoración de la visión y audición y pruebas selectivas de atención-concentración (el D2 se pasa en menos de 5 minutos).

En menor medida valoración psicométrica de problemas de aprendizaje (no son necesarias para el diagnóstico pero son útiles para conocer el funcionamiento cognitivo, comorbilidad de problemas de aprendizaje). Si la valoración clínica lo justifica: analítica general y si se sospecha de enfermedad neurológica se realizará EEG, RMC o análisis genético.

No son útiles las pruebas de alergia alimentaria, de reeducación auditiva o de lateralidad cruzada.

### Diagnóstico diferencial:

- *T. depresivo*: además de la baja autoestima y dificultad para concentrarse, existirá baja astenia, tristeza, ideas de muerte.
- *Fase maniaca*: además de la impulsividad, logorrea, insomnio de conciliación, excesiva energía, distraibilidad, encontraremos euforia, la irritabilidad es mucho más acusada, aceleración del pensamiento, hipersexualidad y síntomas psicóticos.
- *T. conducta*: es común a ellos los problemas de socialización, su mala tolerancia a la frustración y la irritabilidad pero no encontraremos en el TDAH la hostilidad o los sentimientos vengativos ni la falta de empatía. Los problemas legales son por falta de consideración a otros.
- *T. aprendizaje*: No atiende, baja comprensión, bajos rendimientos y además las dificultades académicas son en todas las áreas (lecto-escritura y cálculo) . Las diferencias entre el CI verbal y manipulativo son mayores a 15.

- *T. ansiedad*: Inquietud, bajo rendimiento para lo esperable, despistes, posibles dificultades sociales pero además tendrá ansiedad anticipatoria, miedos o preocupaciones.
- *Abuso de sustancias*: distraibilidad, irritabilidad, impulsividad asociado a sueño, apetito y libido alterada, síntomas en brotes por el consumo.
- *T. Generalizados del desarrollo*: rabietas, mala interrelación social, problemas académicos, pero son típicos los intereses restrictivos y estereotipados, la falta de comunicación verbal y no verbal y falta de reciprocidad social
- *Tics/Tourette*: los tics son de gran impacto
- *Retraso Mental*: inatención, impulsividad, mala tolerancia a la frustración, fracaso escolar, dificultades sociales pero el C.I. es menor a 70 y los síntomas TDAH son excesivos para su edad mental.

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS</b>	
<b>TRAST. DISOCIAL/NEGATIVISTA DESAFIANTE</b>	Delimitar si los síntomas comportamentales en intensidad, frecuencia y gravedad cumplen criterios de Trastorno Disocial.
<b>T. Aprendizaje Escolar : lectura, ortografía y calculo, etc.</b>	Delimitar si existe un T. Aprendizaje o es un fracaso/retraso escolar como consecuencia de los problemas cognitivos del trastorno.
<b>TRAST. AFECTIVO: DEPRESIÓN</b>	Delimitar si los síntomas afectivos son consecuencia/resultado de los problemas del trastorno, y si realmente cumplen criterios de alguna categoría diagnóstica de T. Afectivos (en criterios son excluyentes)
<b>TRAST. AFECTIVO: MANÍA</b>	Delimitar si los síntomas considerados como maniacos son síntomas acentuados del propio TDAH .Cuidado con solapamiento de síntomas en criterios, ver cronicidad, etc. (en criterios son excluyentes)
<b>OTROS TRASTORNOS: T. Ansiedad, T. generalizados del desarrollo, Esquizofrenia, etc.</b>	Delimitar si los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad cumplen las características del TDAH o son síntomas asociados a estos otros trastornos (cuidado con los TGDs en años preescolares)

FUENTE: Guías de procolos clínicos de AEPNYA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS MÉDICOS	
Déficits sensoriales	Auditivos, visuales
Efectos secundarios farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anticonvulsivantes</li> <li>▪ Antihistamínicos</li> <li>▪ Benzodiacepinas</li> <li>▪ Betabloqueantes</li> <li>▪ Fenotiacinas</li> <li>▪ Teofilinas</li> <li>▪ Fenobarbital</li> </ul>
Enfermedades neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epilepsias</li> <li>▪ Trastornos del movimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Corea de Sydenham</li> <li>✓ PANDAS</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos neurocutáneos <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Neurofibromatosis tipo I</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos neuromusculares <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Miotonía Distrófica</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades neurodegenerativas <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ -Leucodistrofia metacromática</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades metabólicas <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ -Adrenoleucodistrofia</li> </ul> </li> </ul>
Enfermedades endocrinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipertiroidismo</li> <li>▪ Hipotiroidismo</li> <li>▪ Resistencia a la hormona tiroidea</li> </ul>
Trastornos genéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome del X Frágil</li> <li>▪ Síndrome de Klinefelter</li> <li>▪ Síndrome de Turner</li> <li>▪ Síndrome 47 XYY</li> <li>▪ Síndrome velo-cardio-facial</li> <li>▪ Síndrome Williams</li> </ul>

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

### **Tratamiento:**

El *tratamiento psicológico* sin asociación con fármacos estarán indicados de primera elección en el caso de: TDAH leves, dudas diagnósticas, discrepancia entre los síntomas que se producen en distintas áreas (social, familiar, escolar), los padres no desean medicación y en niños de 5 o menos años.

El *tratamiento psicopedagógico* es imprescindible en todos los casos e incluyen aspectos académicos pero además sociales y conductuales. Se realizan con adaptaciones específicas en el aula, entrenamiento a docentes, técnicas de modificación de conducta, adaptaciones en las evaluaciones y tareas para casa.

El *tratamiento farmacológico* se realizará en mayores de 6 años por un médico experto en el tratamiento del TDAH y comorbilidades. Es el de primera elección en síntomas moderados-graves, con repercusión funcional o según las características de la familia. El fármaco utilizado dependerá de trastornos comórbidos como tics, ansiedad o epilepsia; efectos adversos o experiencias previas de los tratamientos; factores que

puedan afectar al cumplimiento (tomas en la escuela, económicos), potencial de abuso y las preferencias de la familia.

Antes de iniciarlo es conveniente un examen físico con peso, talla, Tensión Arterial y Frecuencia cardiaca. Se preguntará por antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular o síncope con el ejercicio.

Los dos principios activos recomendados son el metilfenidato y la atomoxetina por su eficacia, seguridad, no aumentan el riesgo de abuso de sustancias, ni generan adicción. No hay preferencias por subtipo de TDAH, edad o género.

Si aparecen efectos adversos persistentes o no tolerables, cambiar el tratamiento. La duración dependerá de la persistencia de los síntomas por lo que se puede prolongar durante años. Se valorará periódicamente la persistencia de los síntomas mediante la retirada del tratamiento una vez al año (si es metilfenidato con 1-2 semanas es suficiente para la valoración) y recoger la información de los padres y escuela. (esto es fuera de las guías: generalmente avisamos que la duración del tratamiento es probable que sea paralela a la permanencia en el sistema educativo porque los problemas de atención no se resuelven hasta llegar a la edad adulta en general, pero tranquilizamos a las familias avisando de la reevaluación periódica de la necesidad o no del tratamiento. A la pregunta de si es para siempre el TDAH, comentar que la evolución es positiva con la edad y aunque en muchos casos permanece parte de la sintomatología, ésta no es disfuncional; en otros casos es imprescindible prolongar el tratamiento durante la edad adulta. La interrupción del tratamiento para valoración de la necesidad de este puede ser en verano pero perdemos el funcionamiento escolar, en el primer trimestre pero si empiezan mal muchas veces es difícil recuperar ritmo o quitar etiquetas y los cambios pueden ser atribuibles al cambio del profesor, debido a todo lo anterior, quizás un buen momento sería en el inicio del segundo trimestre. En muchas ocasiones no es necesario la interrupción porque ya tenemos información sobre la persistencia de los síntomas cuando se han olvidado el tratamiento o los padres han probado a retirarlo por su propia iniciativa).

No se recomiendan periodos de descanso terapéutico de forma sistemática, pero puede realizarse en función de la sintomatología del tdah, efectos adversos persistentes (anorexia, retraso del crecimiento...), o para evaluar la necesidad de tratamiento. Puede realizarse una disminución de dosis en los casos en los que no sea posible una retirada completa. Si llevan tratamiento con atomoxetina, no están indicados estos descansos.

Si hay respuesta parcial se debe aumentar hasta la dosis máxima indicada o tolerada, si sigue sin haber respuesta pasar a atomoxetina (o a otra presentación de metilfenidato).

Se deberá monitorizar el peso, T.A. y F. cardiaca cada tres meses y la talla cada 6 meses. Especialmente en cada cambio de dosificación.

#### Fármacos estimulantes:

- Metilfenidato (MPH) de liberación inmediata (4 horas de efectividad aproximada): Rubifen<sup>R</sup> y medicebrán<sup>R</sup> con preparados de 5,10 y 20mg. Son comprimidos. Coste económico bajo pero la cumplimentación es menor por la necesidad de diversas tomas. Posible estigmatización en la escuela al tener que tomar una dosis en el comedor.
- MPH de lib modificada (8 horas de duración ): medikinet<sup>R</sup> con preparados de 5, 10, 20, 30 y 40 mg. En pocos meses se dispondrá de la formulación de cápsulas de liberación 30/70: Equasym<sup>R</sup> . Ambos preparados están en capsulas que se pueden abrir por lo que son útiles ante dificultades de la deglución
- MPH de lib prolongada (OROS<sup>R</sup>, 12 horas de duración): concerta<sup>R</sup> , con preparados de 18, 27, 36 y 54mg. No se pueden romper o manipular por lo que el niño debe aprender a tragar
- No disponibles en España son los parches transdérmicos (Daytrana<sup>R</sup>), la dextroanfetamina (Dexedrine<sup>R</sup>), lisdexanfetamina y mezclas de anfetamina y dextoanfetamina (Adderall<sup>R</sup>).

#### Fármacos no estimulantes:

- Atomoxetina (Strattera<sup>R</sup>). Es la única medicación no estimulante aprobada en España para el TDAH. Presentaciones de 10, 18, 25, 40, 60 y 80 mg. Son capsulas que se deben tragar. Otro inconveniente es el periodo de latencia (4 semanas aproximadamente). Como ventaja, la duración del efecto de 24 horas por lo que se pueden administrar a cualquier hora del día según comodidad o efectos adversos y que no empeoran los trastornos de tics o de ansiedad.
- Agonistas alfa 2 adrenérgicos: Clonidina (en otros países disponen de clonidina de liberación retardada). Guanfacina de liberación prolongada (pendiente de aprobación en España y como curiosidad es que parece que es más efectiva cuando la administración es por la tarde). Mejoran los síntomas de hiperactividad y agresividad. La clonidina se usa en niños con autismo y agitación o agresividad y en trastornos por tics graves. En España está comercializado el Catapresán<sup>R</sup> 0.150mg, empezáramos con 0.05mg por la noche, durante dos semanas, otros 0.05 en desayuno otras dos semanas y si se tolera bien otros 0.05mg en la comida. Ajustar posteriormente de forma lenta hasta la dosis mínima

efectiva o llegar a 0.3-0.4mg/día. Monitorizar la T.A, realizar ECG periódicos especialmente en cada subida de dosis, no utilizar si antecedentes familiares de patología cardiaca, síncope o muerte súbita. Especial hincapié en los síndromes de discontinuidad.

- El bupropion o los antidepresivos tricíclicos ( o Velanfaxina) quedarían como fármacos de segunda y tercera línea y no están aprobados para el TDAH. El bupropion podría controlar los efectos motores pero apenas modifica la inatención, no se puede usar en epilepsias y la dosis máx los 6mg/kg/día repartidos en dos tomas. Nunca después de las 17horas por posible insomnio.
- Ácidos omega 3: controversia sobre su eficacia, pero puede ser un tratamiento complementario

En el caso del metilfenidato la dosis necesaria oscila entre los 0.7 y 2.1mg/kg/peso hasta un máximo de 90mg/día según la guía NICE. Hay que utilizar la dosis mínima efectiva y ajustar según necesidades. La ventaja es su rapidez de inicio en el efecto y la posibilidad de ajustar dosis o combinar distintas galénicas para potenciar un momento determinado del día. En la práctica se empieza con dosis bajas de MPH de lib rápida 2.5mgx 3 veces al día en niños con pesos entre 15-20kg (o 10mg de lib modificada, 18mg de sostenida), en niños más mayores se puede empezar con 5 mgx3 de MPH de liberación rápida o dosis equivalentes de las otras galénicas ir ajustando dosis según tolerancia y efectividad.

La atomoxetina se inicia con una dosis de 0.5mg/kg/día y a la semana, aumentar a 1.2mg/kg/día, pudiendo aumentar hasta los 1.8mg/kg y día. La pauta máxima en estudios controlados es de 100mg/día, aunque algunos estudios refieren seguridad hasta con 150mg/día. En la práctica utilizamos una subida más escalonada (3 semanas, para llegar a la dosis de 60mg/día. 4 ó 6 semanas para subir hasta 80mg) para mejorar tolerancia.

### **Tratamiento de la comorbilidad**

TDAH + T negativista-desafiante: Sospechar ante el inicio precoz de trastorno de conducta en la infancia, mayor agresividad, mayor conflicto con los padres, rechazo activo de los compañeros. Mayor riesgo de evolución hacia un t. antisocial. Los psicoestimulantes siguen siendo efectivos en este grupo, prefiriendo los de liberación prolongada para mejorar la cumplimentación. Los no estimulantes jugarían un papel mayor por la gravedad de las conductas externalizantes. Y si la gravedad lo requiere asociar con antipsicóticos atípicos (actualmente utilizamos la risperidona a dosis bajas 0.5 – 3mg/día, en nuestra práctica las dosis mayores no suelen ser más efectivas y

provocan mayores efectos adversos; aripiprazol a dosis de 5-15mg/día o quetiapina 50-150mg/día). También se usan estabilizadores del humor como litio o valproato a dosis habituales. La intervención conductual es imprescindible.

TDAH + abuso de sustancias. No se contraindica el uso de estimulantes en este grupo, aunque será preferible utilizar las formulaciones prolongadas para que no noten el efecto de subida. Hay suficientes evidencias de que el tratamiento del TDAH disminuye el riesgo de consumo de sustancias, por otro lado hay autores que postulan la utilización de sustancias como autotratamientos de los pacientes con tDAH no detectados. Se deberá intentar estabilizar la drogodependencia en primer lugar por lo que el uso de antidepresivos noradrenérgicos o dopaminérgicos son preferibles y si no son efectivos, pasar a la atomoxetina o el MPH.

TDAH + tics: No están contraindicados los estimulantes, en algunos casos incluso se mejoran los tics. Si se incrementan pasar a atomoxetina y en un tercer nivel a clonidina o asociar antipsicóticos atípicos (risperidona, aripiprazol). El haloperidol, pimozida o tiapride apenas se utilizan en la actualidad. En estudio el uso de la toxina botulínica o la guanfacina.

TDAH + Ansiedad: Hay estudios contradictorios sobre la peor respuesta a los psicoestimulantes en estos casos por lo que podría iniciarse el tratamiento con atomoxetina. No hay problemas en asociar los estimulantes con ISRS, empezar con un grupo farmacológico en respuesta a la demanda principal. Si tienen TOC, en ocasiones habrá que utilizar estabilizadores del humor. En todos los casos son necesarios los tratamientos psicológicos.

TDAH + Depresión: Las mismas consideraciones que para los trastornos de ansiedad, pero recordar que el único ISRS indicado en la depresión es la fluoxetina

TDAH + Bipolar: En muchas ocasiones es difícil de diferenciarlos, orientará hacia la bipolaridad además de síntomas típicos de grandiosidad, hipersexualidad o disminución de la necesidad de sueño, la existencia de agresividad desproporcionada episódica aparentemente sin estímulo. El tratamiento se realizará con antipsicóticos atípicos o estabilizadores del humor, incorporando los antitDAH cuando esté eutímico. Las dosis empleadas de los antipsicóticos pueden ser similares a las dosis en adultos aunque suelen responder con dosis menores.

TDAH + TGD : La respuestas al MPH son menores y son más sensibles a los efectos adversos por lo que se debe empezar con dosis más bajas, mientras que la atomoxetina es bien tolerada. Como se ha comentado anteriormente, se utilizan la clonidina y guanfacina. Si es necesario utilizar un antipsicótico, los más utilizados son : risperidona: empezar con 0.25mg/día con dosis media de 1.5-2mg/día; aripiprazol: inicio con 2mg/día y dosis media de 10mg/día; quetiapina, iniciando con 25mg/día

hasta los 225mg/día . Si se asocian trastornos del sueño, utilizar la melatonina 3-5mg/día

TDAH + Retraso mental: Similar a los TGD. Los últimos estudios indican la utilidad de los psicoestimulantes en estos niños y probablemente a la atomoxetina. En los casos que presenten alteraciones de conducta, asociar antipsicóticos o clonidina.

## **T. NEGATIVISTA DESAFIANTE y DISOCIAL (T. CONDUCTA)**

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por enfados frecuentes y descontrolados, así como por plantar cara a las figuras de autoridad y a sus órdenes, junto con una actitud victimista y susceptible. El Trastorno Disocial (TD), es más grave e incluye conductas agresivas hacia personas o animales, robos, fraudes o destrucción de objetos, y fugas del hogar y/o del colegio.

Se inician en los primeros años de vida, agravándose con la edad con manipulación de las relaciones interpersonales, osadía y desacato a la autoridad y valores establecidos y con ausencia de afecto y arrepentimiento. El fracaso escolar es muy frecuente. Diferenciar de los “niños difíciles” de 3 a 6 años que se convierten en adultos o adolescentes bien adaptados.

<b>Tabla 2.- Trastorno Negativista Desafiante en el DSM-IV-TR</b>		
<b>Criterios DSM-IV-TR</b>	<b>Sentido coloquial</b>	<b>Comentario</b>
A menudo rehúsa cumplir sus obligaciones	Siempre tiene el no en la boca	Más que los de su edad
A menudo desafía activamente a los adultos	Planta cara	Más que los de su edad
A menudo es susceptible o fácilmente molesto por otros	No se le puede decir nada porque enseguida se enfada	Tres o más "morros" a la semana
A menudo se encoleriza e incurre en pataletas	A la más mínima ya "monta un pollo"	Tres o más rabietas a la semana
A menudo discute con adultos	Es insistente hasta la saciedad	Más que los de su edad
A menudo molesta deliberadamente a otras personas	Es como si le gustara tocar las narices a los demás	No es "patológico" entre hermanos
A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento	Nunca tiene la culpa de nada	Más de la mitad de las veces
A menudo es colérico y resentido	Siempre está de mal humor	Más que los de su edad
A menudo es rencoroso o vengativo	No suele ser entendido / referido con este enunciado	En lugar de rencoroso debería decir malicioso, que atribuye intenciones hostiles a los demás

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

### **Evaluación y diagnóstico:**

El diagnóstico es clínico, con una buena anamnesis, antecedentes personales y familiares, datos de escolarización. Generalmente la información se obtiene a través de los padres ya que los niños no suelen colaborar en la entrevista o minimizan/niegan

los problemas. Para conseguir una buena relación terapéutica es necesaria la entrevista a solas sin los padres (a veces por simple cuestión práctica para evitar discusiones o que el menor solo escuche aspectos negativos), ello nos puede permitir explorar historial de abuso físico, sexual o consumo de tóxicos y si existen trastornos de las emociones podremos centrarnos en ellas, ya que los padres informarán sobre los problemas de conducta. Pueden ser útiles la solicitud de un EEG , analíticas con tiroides y tóxicos en orina.

Diagnóstico diferencial:

<b>Tabla 1.- Diagnóstico diferencial de la conducta agresiva en la infancia</b>	
<b>Trastornos Psiquiátricos</b>	Trastorno Bipolar Trastornos Adaptativos Trastorno Obsesivo-Compulsivo Trastorno Disociativo Trastorno por estrés postraumático Trastornos Psicóticos Trastornos Generalizados del Desarrollos Piromanía Parafilias Trastorno Negativista Desafiante Trastorno Disocial
<b>Trastornos no psiquiátricos</b>	Traumatismo craneoencefálico Accidente cerebrovascular Delirium Enfermedad neurológica crónica Proceso infeccioso cerebral Neoplasia cerebral Trastorno metabólico Trastornos de conducta secundarios a fármacos Trastornos conducta secundarios a drogas
Muchos trastornos pueden presentarse como fenocopias del TND o del TD. Sólo debe emitirse el diagnóstico de TND o TD tras haberlos descartado.	

FUENTE: Guías de procolos clínicos de AEPNYA

Tratamiento

Los programas de entrenamiento de padres son muy útiles hasta la adolescencia (12 años). Consisten en enseñar a los padres a usar el refuerzo positivo, medidas disciplinarias junto con adquisición de pactos y resolución de conflictos. Si es necesario, derivar a los padres a salud mental o UCA para tratamiento. La terapias cognitivo conductuales, funcionarán mejor a partir de los 9 años. Proponer metas a corto plazo y realistas.

Los fármacos no son la base del tratamiento y solo se utilizarán tras el fracaso de las intervenciones psicosociales o en situaciones de crisis o agresividad importante y por supuesto ante la comorbilidad (TDAH, T. depresivos...). Como tratamiento sintomático de la agresividad solemos utilizar la risperidona a dosis bajas (0.5mg-3mg/día), que se utilizaran de forma pautada y no “cuando se necesiten” ; también se usan los estabilizadores y la clonidina por los beneficios que se obtienen en los TGD o RM con agitación. De todos modos hay que obtener cierto grado de conciencia del problema por parte del adolescente para conseguir una buena cumplimentación y ser muy cuidadoso evitando en lo posible efectos adversos. Nunca mentirle.

Si aparecen como urgencias, intentar tranquilizar a todos separando a las familiares del menor si son motivo de crispación y ofrecerle un entorno no agresivo. Adoptar posición de escucha y relajarlo. Si es preciso la contención farmacológica, utilizar fármacos orales como benzodiacepinas: diacepam, loracepam o las presentaciones flas de los antipsicóticos como la risperidona (1-2 mg) o la olanzapina (2.5-5mg). Si no hay en el botiquín de urgencias, se puede utilizar la risperidona en solución, haloperidol en gotas (10 a 25 gotas) o la clorpromacina (largactil<sup>R</sup>, 25-50mg). Si el grado de agitación es severo o persiste, con rechazo de la medicación oral, se procederá a la administración parenteral: haloperidol o la clorpromacina i.m (1/2 ampolla en niños, 1 en adolescentes o olanzapina i.m. en adolescentes; clorpromacina Siempre se le explicarán las intervenciones que vamos a realizar y el por qué. Si es precisa la sujeción mecánica o la inmovilización física nunca será como castigo sino ante la posibilidad de conductas auto o heteroagresivas con fallo del resto de intervenciones.

Salvo que existan patologías psiquiátricas comórbidas, la intervención en primer lugar debería realizarse por los SEAFI (Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia) que deberían existir integrados en los servicios sociales municipales o mancomunales. Solo tras el inicio de dicha intervención y no obtener resultados u observarse patología psiquiátrica, derivar a Salud mental/ UCA si el problema está asociado a consumo de sustancias.

**Tabla 5.- Tratamiento del TND / TD**

- Genere confianza – establezca límites, pero ofrezca un refuerzo positivo incondicional.
- Identifique los patrones conductuales.
- Reúnase con la familia y el niño para firmar contratos (todos firman) sobre cuestiones básicas. Limite estos acuerdos a tres o cuatro puntos cada vez.
- Explore los sentimientos negativos u hostiles y ofrezca formas alternativas de expresarlos.
- Utilice la interpretación paradójica, reformule la conducta.
- Enseñe los valores del respeto y la reciprocidad.
- Enseñe a los padres a cambiar las estrategias de defensa y ataque.
- Enseñe al joven cómo "formular una queja" – asertividad frente a agresividad.
- Utilice juegos de mesa para reforzar el respeto a las normas, extrapólelas a la vida social.
- Desarrolle consecuencias para las conductas problemáticas, incluyendo el coste de respuesta y los tiempos muertos.
- Simplifique las actuaciones de los padres con el objetivo de aumentar la efectividad.
- Utilice sistemas conductuales que incluyan reforzadores positivos (adapte la "economía de fichas" a la edad del niño).
- Exponga y corrija los conflictos parentales.
- Apoye las consecuencias legales de las conductas perturbadoras.

#### **Manejo de la ira**

- Fomente las consecuencias naturales.
- Utilice la restitución y los trabajos sociales en los casos de infracción de leyes o de daños a la propiedad, etc.
- Si es detenido, póngase en contacto con la Fiscalía de Menores.
- Establezca normas claras.
- Enseñe responsabilidad enfrentando la agresividad y las quejas. Practique la inversión de roles.
- Enseñe estrategias de autocontrol – respiración profunda, "párate, mira, escucha, piensa", relajación progresiva, tiempos muertos autoimpuestos, ejercicio, técnica de la silla vacía, etc.
- Estimule las recompensas, "descubrir" al niño haciendo cosas positivas, dedicar más tiempo de ocio al niño.
- Ayude al niño a perdonar a aquellos que provocan su ira utilizando cartas, la técnica de la silla vacía, etc.
- Ayude al niño a hacer una lista de las experiencias que le provocan sentimientos de enfado y decepción, e identifique y exprese las necesidades no cubiertas.
- Ayude al niño a sustituir sus pensamientos irracionales por afirmaciones autodescriptivas positivas.
- Estimule los servicios comunitarios o el trabajo con el fin de aumentar la responsabilidad, la autonomía y el crecimiento personal.
- Proteja al niño de los abusos. Anime a los padres a no utilizar castigos corporales.

#### **No olvide la necesidad de apoyo y soporte**

- Las familias de niños con TND pueden necesitar apoyo para mantener al niño en la familia y que esta no se resienta.
- Los niños pueden precisar apoyo escolar o tutores particulares.
- Las familias pueden necesitar un "respiro" de vez en cuando, especialmente en momentos de conflictos mantenidos.
- El niño y su familia pueden necesitar un abordaje multisistémico para coordinar los servicios disponibles (incluyendo los judiciales, los educativos, los de control de tóxicos, etc.).
- El entrenamiento "in situ" (en casa) puede ser útil para introducir un modelado de roles apropiado para modificar las pautas educativas, cuando éstas son clave.
- Es posible que se necesite entrenar al niño sobre cómo reintegrarse en la sociedad y en actividades lúdicas.
- En muchas ocasiones el cambio de amistades es básico para evitar influencias negativas y lograr un modelado de roles apropiado.

## T. TICS Y T. TOURETTE

Es un trastorno Neurológico con fuertes evidencias neuroanatómicas pero son una derivación frecuente a las USMIA ya que los factores psíquicos suelen exacerbarlos, pero al mismo tiempo los niños con tics tienen más estrés psicosocial por el hecho de tenerlos. También por su asociación con TOC o TDAH.

El diagnóstico es clínico mediante la observación de éstos, solicitando pruebas complementarias en caso de sospechar una patología neurológica estructural, epilepsia o genética

**TABLA 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Los tics simples motores deben distinguirse de patología neurológica como mioclonos (epiléptico o no), temblor, corea (p. ej. Huntington), atetosis, distonías, acatisia, discinesias paroxísticas, balismo y hemibalismo. Debe descartarse también enfermedad de Wilson, donde los tics son sólo uno de los síntomas. La distinción se basa en la anamnesis de la historia natural y la exploración neurológica siendo infrecuente la necesidad de pruebas complementarias (EEG, TAC o RMN craneal, hemograma, perfil hepático, etc.).

Los tics motores complejos pueden también confundirse con estereotipias o rituales compulsivos, por ejemplo en psicosis hebefrénicas o en retrasos mentales importantes.

Los tics vocales deben diferenciarse de las vocalizaciones del corea de Huntington o de la coprolalia voluntaria.

Al menos 50% de pacientes con SGT tienen pródromos compatibles con TDAH: falta de atención y excesiva inquietud, si bien no siempre se trata de comorbilidad auténtica.

Alrededor de 40% de pacientes con SGT de más de 10 años de evolución presentan síntomas de TOC. En general se cree que los casos que asocian ambos trastornos son de base genética o PANDAS, y son una forma más grave.

También el SGT se ha asociado a trastorno de conducta, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, bajo rendimiento escolar y problemas visoespaciales con capacidades verbales adecuadas.

Es frecuente la aparición en SGT de problemas de aprendizaje, en concreto en aritmética e integración visual motora, asociados a la presencia de TDAH, lo cual condiciona con frecuencia fracaso escolar.

Asimismo hay que diferenciar si es un trastorno independiente o es un síntoma más de un trastorno generalizado del desarrollo (TGD), trastorno que tiene mayor riesgo de presentar trastornos de tics.

## Tratamiento

Tranquilizar a la familia especialmente en los casos leves y que no generan malestar excesivo al menor o no es objeto de burlas. La evolución hacia la mejoría suele ser lo habitual.

Si hay que tratarlos, en la actualidad utilizamos la risperidona con más frecuencia (0.5-3mg/día) también funciona bien el aripiprazol (5-10mg/día), la olanzapina es menos utilizado por los problemas metabólicos que pueden ocasionar y los clásicos como el haloperidol o pimozida apenas se utilizan por los efectos adversos (SEP). Son necesarias revisiones periódicas y reducción del tratamiento en lo posible.

En un segundo nivel estarían los Agonistas alfa-2 como clonidina 0,1-0,3 mg/día o guanfacina 0,5-2,5 mg/día. Mantener mínimo 12 semanas.

Menos útiles el clonacepam 1-4mg/día (y sobre todo porque estamos hablando de una etapa de aprendizaje) y se han publicado tratamientos con antagonistas de opiáceos, toxina botulínica, tricíclicos.

Por supuesto asociaremos tratamiento específico de la comorbilidad si existiera.

Como tratamientos psicológicos que se utilizan destacan las técnicas de relajación, la concienciación (registros de tics, que además nos sirve de línea base) y entrenamiento en movimientos incompatibles con el tic.

## **T. GENERALIZADOS DEL DESARROLLO**

Los TGD son síndromes neuropsiquiátricos, crónicos, que se van a caracterizar por:

- Severas dificultades en el ámbito social, con ausencia de contacto interpersonal, con tendencia al aislamiento e indiferencia hacia las personas. En la actualidad es raro encontrar el rechazo activo al contacto pero la relación social se realiza de forma extraña, suelen evitar el contacto visual.
- Trastornos del lenguaje con incapacidad de comprender el lenguaje verbal y no verbal e incapacidad para muchos de elaborar un lenguaje comprensible para los demás no solo verbal, sino incluso gestual. En los casos en los que se desarrolla el lenguaje, presentan anomalías específicas del lenguaje (ecolalias, el lenguaje metafórico, o neologismos). Lo que va a ocasionar dificultades de aprendizaje.
- Restricciones en el área de intereses: son muy frecuentes las conductas repetitivas, restrictivas y rígidas, que llevan al sujeto a interesarse por muy pocos objetos o actividades, que realizan una y otra vez, de manera rutinaria, y cuya alteración o cambio puede originar crisis de ansiedad o agitación. Las estereotipias de las manos son frecuentes, la alineación de objetos o la fascinación por objetos redondos y giratorios, y fenómenos ritualistas compulsivos. Con frecuencia se encuentra la presencia de gran sensibilidad a estímulos sensoriales, preocupación por sombras y luces, y, sobre todo, por ruidos.
- Otros síntomas de interés son: la disminución del umbral de dolor, pobre coordinación motora, hiperactividad, conductas autolesivas, movimientos de balanceo, labilidad afectiva, risas y llantos inmotivados. En la infancia son incapaces de realizar juego simbólico aunque puede haber una imitación del juego.

Generalmente los padres suelen consultar antes de los tres años ante la falta de interés hacia personas y el retraso en el lenguaje o la falta de sonrisa social o contacto visual. Pueden aparecer ya las estereotipias y no son raros los problemas de sueño, alimentación o irritabilidad.

Los factores que van a predecir una buena evolución son un C.I elevado, buenas capacidades lingüísticas y la adquisición de habilidades sociales, aunque en estos casos se pueden dar mayor incidencia de trastornos de ansiedad y depresivos durante la adolescencia al tomar conciencia de sus dificultades en las relaciones sociales.

Características diferenciales de los trastornos generalizados del desarrollo. según criterios DSM					
Características	Trastorno Autista	Trastorno Desintegrativo Infantil	Síndrome de Rett	Síndrome de Asperger	TGD-NE
Rasgo	Autismo "estándar"	Inicio retardado pero grave	Autismo de infancia tardía	Autismo de alto funcionamiento	Atípico
Inteligencia	RM grave o normal	RM grave	RM grave	RM moderado a normal	RM moderado a normal
Edad de reconocimiento	0-3 años	>2 años	0,5-2,5 años	Generalmente >2 años	Variable
Habilidades comunicativas	Generalmente limitadas	Pobres	Pobres	Regulares a buenas	Limitadas a buenas
Habilidades sociales	Muy limitadas	Muy limitadas	Varían con la edad	Limitadas	Variable
Pérdida de habilidades	Generalmente no	Marcadas	Marcadas	Generalmente no	Generalmente no
Intereses restringidos	Variable	No aplicable	No aplicable	Marcadas	Variable
Trastornos comiciales	Raros	Frecuentes	Raros	Comunes	Comunes
Desaceleración del crecimiento craneal	No	No	Sí	No	No
Prevalencia por 10.000	30-40	1-4	5-15	5-100	>15
Historia familiar	Rara	No	No	Frecuente	Desconocida
Ratio por sexos	M>F	M>F	F	M>F	M>F
Curso en la vida adulta	Estable	Declina	Declina	Estable	Generalmente estable
Pronóstico	Pobre	Muy pobre	Muy pobre	Regular/pobre	Regular/bueno
<b>Nota:</b> TGD-NE = trastorno generalizado del desarrollo no especificado; RM = retraso mental. Adaptado de: Popper y Steinger 1995; modificado de Volkmar 1991					

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

### **Diagnóstico:**

Se inicia en la consulta de pediatría muchas veces antes del primer año ante las particularidades del lactante y al no ir alcanzando los hitos esperables de su neurodesarrollo. Se debe remitir en cuanto se sospeche a neuropediatría para la confirmación diagnóstica, la realización de pruebas complementarias que se consideren (EEG, RMCerebral o análisis genético o metabólico) y la propuesta de derivación hacia centros de estimulación precoz.

En un archivo aparte tenéis algunas escalas de detección de trastornos del espectro autista, estos cuestionarios se pueden obtener y descargar desde el enlace:

<http://EspectroAutista.Info/tests/espectro-autista/infantil/>

### Diagnóstico Diferencial:

- *T. específicos del lenguaje*, sobre todo los mixtos o receptivo-expresivos o niños con dificultades sensoriales: Los niños son sociables e intentan comunicarse aunque ambos aspectos están muy limitados por sus dificultades.
- *Retraso Mental*: El retraso mental presenta retraso evolutivo según el grado de severidad, por lo que el lenguaje o el juego no está tan alterado si se tiene en cuenta la edad mental, el juego simbólico y la necesidad de comunicarse y de relacionarse siempre están presentes.
- *Mutismo selectivo*: en determinados ambientes se comunican con normalidad.
- *TOC*: no afectación de la comunicación ni de la capacidad de interacción social.
- *Personalidad esquizoide*, son tendentes al aislamiento social pero conservan la capacidad
- *Privación ambiental grave*: mejoran en entornos seguros y estable
- *Esquizofrenia de inicio precoz*: Hay síntomas alucinatorios e interpretación paranoide.
- *Sdr X-frágil*: fenotipo característico: cara alargada, barbilla prominente, orejas grandes y puente nasal ancho.

### Tratamiento

Los abordajes son todos sintomáticos no curativos y debe ser extensivo a todas las personas implicadas: ambos padres, familiares, profesorado y personal sanitario. Los objetivos irán encaminados a controlar los síntomas no deseados, adquisición de habilidades comunicativas y promover la interacción social y la enseñanza de habilidades adaptativas.

Las intervenciones psicoterapéuticas se desarrollan en los centros de estimulación precoz y posteriormente en los centros escolares con logopeda, refuerzo y las adaptaciones curriculares y de prevención de respuesta que se precisen. Las asociaciones de padres son importantes para apoyo, la adquisición de habilidades de padres en el manejo de algunas conductas y adquisición de habilidades sociales en grupo, así como en muchos casos los terapeutas de las asociaciones se coordinan con los centros educativos del menor para resolver problemas de manejo específico. Los centros de Educación Especial se reservan para los casos que no pueden estar integrados en un centro educativo a pesar de las adaptaciones y personal específico.

Cuando existen alteraciones de conducta severas y desorganizadas, se procederá a tratamiento psicofarmacológico, ya mencionado con anterioridad en otras patologías pero que se utilizan como tratamientos sintomáticos en general ante conductas de agitación o agresividad como los antipsicóticos (risperidona, aripiprazol), alfa 2 adrenérgicos (clonidina), Betaboqueantes, Litio, naltrexona (0.5-2mg/kg/día).

Y por supuesto, el tratamiento específico de las patologías comórbidas que puedan presentarse como el TDAH, T.depresivos, epilepsia o alteraciones del sueño (melatonina) .

<b>Valoración de los tratamientos utilizados en los TGDs</b>	
Sin evidencia, no recomendados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doma-Delacato</li> <li>• Lentes de Irlen</li> <li>• Comunicación facilitada</li> <li>• Terapia psicodinámica</li> <li>• Secretina</li> <li>• Terapia antimicótica</li> <li>• Tratamiento con quelantes</li> <li>• Inmunoterapia</li> <li>• Terapia sacro-craneal</li> <li>• Terapias asistidas con animales</li> </ul>
Evidencia débil, sólo recomendados en estudios experimentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración auditiva</li> <li>• Integración sensorial</li> <li>• Psicoterapias expresivas</li> <li>• Vitaminas y suplementos dietéticos</li> <li>• Dietas sin gluten / caseína</li> </ul>
Evidencia débil, aunque recomendados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de competencias sociales</li> <li>• Sistemas alternativos/aumentativos de la comunicación</li> <li>• Sistema TEACCH</li> <li>• Terapia cognitivo-conductual</li> <li>• ISRS (en adultos)</li> <li>• Estimulantes (en TGD + TDAH)</li> </ul>
Evidencia de eficacia, recomendados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones conductuales</li> <li>• Risperidona</li> </ul>

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

## **RETRASO MENTAL**

Serán objeto de derivación a las USMIAs la presencia de cuadros psiquiátricos comórbidos, siendo competencia de neuropediatría la valoración, diagnóstico y el seguimiento de los retrasos mentales sin patología psiquiátrica comórbida (además de por la gran frecuencia en la asociación de epilepsias y problemas orgánicos en general, tanto mayor cuanto más profundo sea el retraso).

Como uno de los problemas de demanda más frecuentes son problemas de comportamiento, siempre habrá que tener en cuenta la edad mental del niño o adolescente y se valorará como patológico en el caso de que no se correspondan. En muchas ocasiones estas alteraciones de conducta se dan en el entorno escolar si están en un centro integrado y suelen asociarse a falta de adaptación a sus necesidades o capacidades o ser objeto de marginación o de bullying. En dichas ocasiones la intervención debe realizarse en el centro escolar por los SPE.

El tratamiento farmacológico de los problemas comórbidos es el específico de éstos, tan solo indicar la mayor sensibilidad de este grupo de niños a efectos extrapiramidales de los antipsicóticos por lo que hay que ser especialmente cuidadoso, el desarrollo de los atípicos ha disminuido en gran parte dichos secundarismos.

## **ENCOPRESIS**

La encopresis se define como la evacuación de heces, de consistencia normal o anormal, de forma repetida, involuntaria o voluntaria, en lugares no apropiados para este propósito (incluida la ropa interior) y no obedece a trastornos somáticos.

Se considera primaria cuando aparece después de que el niño haya cumplido los 4 años, sin haber tenido control fecal de por lo menos un año y secundaria cuando ha sido precedida de un período de continencia fecal al menos de un año.

Si la salida de heces es involuntaria, a menudo está relacionada con estreñimiento, impactación o retención de heces.

La edad de comienzo para la encopresis primaria es, por definición, hacia los 4 años, mientras que la secundaria empieza entre los 4 y 8 años.

En los casos en los que la encopresis es intencionada, el niño depone las heces en respuesta a tensiones familiares o de forma totalmente intencionada. El episodio puede aparecer como consecuencia de un proceso de desorganización o regresión secundario a una situación de importante tensión emocional o puede producirse en el marco de una actitud de represalia contra los cuidadores.

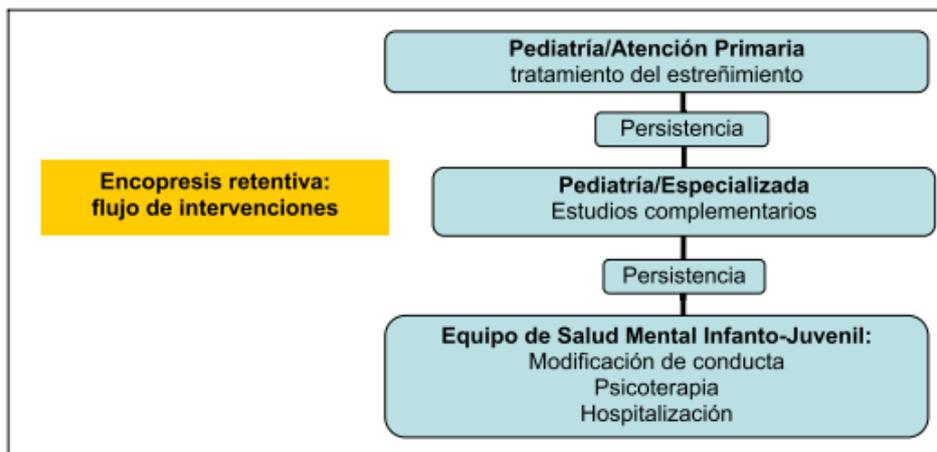
El estreñimiento crónico pueden ser consecuencia de la combinación de diversos factores, como son la evitación del dolor que produce la defecación en el caso de que exista una fisura anal, la lucha entre los padres y el niño en el proceso de entrenamiento del control esfinteriano, o la evitación fóbica de la defecación en base a una experiencia negativa real o imaginaria. El estreñimiento provoca impactación fecal, y las heces líquidas tienden a rebosar en torno a la impactación. Los esfuerzos del niño mediante la contracción anal para evitar el paso involuntario de las heces puede incrementar la cantidad de heces retenidas. Con la distensión rectal, el esfínter anal interno se vuelve débil y arreactivo, y la sensación de paso de las heces a través del recto disminuye. El niño puede perder conciencia del paso de las heces, y su olfato puede llegar a habituarse al olor.

Una vez detectado, la intervención debe realizarse desde pediatría primaria e incluso derivación a especializada para estudio del estreñimiento (tabla 2 de la página siguiente). La primera intervención es de apoyo y motivación, tranquilizando al niño, decirle que no es el único en sufrir este problema, explicarles los mecanismos de la defecación y la necesidad de la adquisición de hábitos así como los horarios mejores para ello, explicar a los padres que en un primer momento no se deben adoptar actitudes de castigo o verbalizaciones despectivas, proponer actividades que mejoren las relaciones paternofiliales, si la encopresis surge como consecuencia del nacimiento

de un hermano, valorar las necesidades de atención del niño y promover una atención positiva y tiempo en exclusiva. Si es preciso, pautar laxantes para vaciado del recto. Se pueden utilizar economía de fichas para recompensar la colaboración del niño, en primer lugar y del éxito en el control progresivo con posterioridad.

En el caso de no mejoría derivar a USMIA.

<b>TABLA 2.- Diagnóstico diferencial de la encopresis</b>		
<b>RETENTIVA</b>	Estreñimiento funcional (95%)	
	Orgánica (5%)	<p><b>1.- Causa Anal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisuras</li> <li>• Estenosis/atresia con fístula</li> <li>• Desplazamiento anterior del ano</li> <li>• Trauma</li> <li>• Reparación post-quirúrgica</li> </ul> <p><b>2.- Causas neurogénicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Hirschsprung</li> <li>• Pseudoobstrucción intestinal crónica</li> <li>• Trastornos de la médula espinal</li> <li>• Parálisis cerebral/hipotonía</li> <li>• Masa pélvica</li> </ul> <p><b>3.- Enfermedad neuromuscular</b></p> <p><b>4.- Causas endocrinas/metabólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Hipercalcemia</li> <li>• Intoxicación por plomo</li> </ul> <p><b>5.- Fármacos</b></p>
<b>NO RETENTIVA</b>	No orgánica (99%)	
	Orgánica (1%)	<p>Colitis ulcerosa grave</p> <p>Enfermedades adquiridas de médula espinal (p.e. lipoma sacro, tumor de médula espinal)</p> <p>Lesión posquirúrgica del esfínter anal</p>



FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

No hay tratamiento farmacológico de elección, pero se pueden tratar la presencia de alteraciones emocionales o de conducta asociados, lo que permite un cambio en la dinámica familiar y mejoría de la encopresis.

## ENURESIS

La enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada), por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos, en un niño/a con una edad cronológica de por lo menos 5 años (o un nivel de desarrollo equivalente). También puede ser primaria o secundaria.

Una buena anamnesis puede detectar los factores asociados:

- *factores biológicos*: como antecedentes familiares muy frecuentes; retraso de la maduración del habla y de la psicomotricidad; disfunción vesical: capacidad vesical máxima o funcional disminuida; alteraciones del sueño, aunque aparecen en cualquier fase del sueño, aunque si aparece en las primeras horas de sueño, suelen ser muy efectivas las conductas de restricción hídrica en la cena, se asocia a narcolepsia y con síndrome de apnea del sueño; disfunción sensorial: el fallo pudiera radicar en la producción de la estimulación vesical, en la transmisión de las sensaciones o en la recepción cortical de las mismas; la encopresis puede dilatar la ampolla rectal y provocar la disfunción vesical; la ausencia de ritmicidad nictameral de la vasopresina, la respuesta a DDAVP será muy positiva; enuresis provocada por fármacos: litio, valproato, teofilina, risperidona...
- *factores psicológicos y sociales*: Situaciones estresantes: las enuresis secundarias frecuentemente se asocian a experiencias estresantes (separación de los padres, fallecimientos, nacimiento de un hermano, cambio de residencia, traumas escolares, abusos sexuales y hospitalizaciones, accidentes, intervenciones quirúrgicas...) de forma reactiva y próxima en el tiempo; entrenamiento en el control vesical: familias desestructuradas o negligentes que nunca han fomentado el entrenamiento vesical; trastornos emocionales y conductuales: los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en niños enuréticos que en no enuréticos, aunque sólo una minoría de enuréticos presentan algún trastorno emocional.

Deberá recoger la actitud de los padres, la repercusión en el niño y la motivación para su resolución.

Realizar examen físico y neurológico, en enuresis de adolescentes o mixtas es recomendable un estudio urodinámico y se realizará el diagnóstico diferencial con patologías orgánicas (infecciones, diabetes mellitus o insípida, insuficiencia renal o las

patologías comentadas anteriormente como la apnea del sueño, epilepsia o por secundarismos farmacológicos), exceso en el consumo hídrico.

La intervención terapéutica se iniciará en primaria tranquilizando a los padres y al niño, proponer hábitos (reducir ingesta de agua por la noche, levantar al niño a mitad de noche para que orine) y realizar un calendario de noches secas y mojadas. Entrenamiento en retención voluntaria (demorar voluntariamente la emisión de orina y parar el chorro durante ésta). Se puede recomendar el pipi-stop y el entrenamiento en cama seca ( pipi-stop, mas despertar programado, restricción de líquidos, entrenamiento en retención, pautas aversivas por mojar la cama como limpiar la ropa mojada y consecuencias positivas si la cama está seca). Si todo falla, tratamiento farmacológico con desmopresina (200-400 microgramos oral) o imipramina (25-75mg), en cuyo caso es recomendable la realización de un ECG previo y posterior a la instauración del tratamiento.

## **T. DEL SUEÑO**

Las consultas por trastornos del sueño son muy frecuentes en niños y adolescentes, no siendo la mayoría de las ocasiones un trastorno real.

Muchas veces son patrones irregulares de sueño producidos por malos hábitos o por cambios en ritmo circadiano típico (y normal) de los adolescentes. En otras ocasiones las consultas son por parasomnias que no precisan ninguna intervención, salvo la tranquilización de los padres.

### **Insomnio:**

Los niños más pequeños (de lactantes hasta 2-3 años) a menudo presentan problemas para conciliar el sueño en relación con causas médicas como cólicos, otitis medias, reflujo gastroesofágico, o intolerancia a la lactosa. No obstante, en esta etapa la causa más frecuente es de origen conductual. Debido a que la conciliación del sueño es una conducta aprendida, puede que los niños aprendan modelos disfuncionales de conciliar el sueño, como dormirse en los brazos de la madre, de forma que cuando lo han de conciliar solos, o cuando se despiertan por la noche, les resulta difícil dormirse y demandan la atención de los padres para dormirse de nuevo. Es importante determinar la cantidad de sueño total al día, ya que los padres pueden considerar que el niño debería dormir más de lo que biológicamente es necesario, de forma que al sumar el sueño diurno y nocturno, el niño no presenta ningún problema de insomnio.

Los niños en edad escolar (5-12 años) suelen ser el grupo con mayor eficiencia en el sueño, por lo que un problema de insomnio deberá ser tenido en cuenta. Las causas psiquiátricas más comunes son los trastornos de ansiedad, la depresión, y el trastorno del ritmo circadiano. Las causas de origen conductual siguen siendo frecuentes en esta etapa.

En adolescentes, la mayoría de las ocasiones se producen por los malos hábitos, dormir con TV, prolongación del uso del ordenador o juegos, móvil en la cama (whatsapp...) y el retardo de fase fisiológico. Además en estas edades se pueden iniciar trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia o T. bipolar.

### **Hipersomnia diurna:**

La hipersomnia se define como una necesidad imperiosa de quedarse dormido. Los adolescentes y adultos suelen mostrar dificultad para iniciar y mantener la

actividad motora, caída de párpados o dar cabezadas; sin embargo, los niños preescolares y escolares no suelen mostrar estos síntomas, sino más bien hiperactividad, impulsividad y agresividad, así como alteración en la concentración e irritabilidad. Es por ello que a menudo es difícil identificarla, debido a que puede confundirse con trastornos del aprendizaje o TDAH. Asimismo, la hipersomnía puede llevar a producir déficit de atención, hiperactividad, irritabilidad, abuso de sustancias, accidentes de tráfico y rendimiento académico bajo (síntomas típicos del TDAH).

Las causas principales de hipersomnía diurna son la narcolepsia, el SAOS (Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño), sueño insuficiente y alteración en el ritmo circadiano.

**Parasomnias:**

Son los terrores nocturnos, pesadillas, despertares confusos y sonambulismo

Suelen ser trastornos benignos de la infancia, pero si son persistentes, severas, sin antecedentes en los padres y afectan al funcionamiento diurno deberán ser remitidas a los servicios de neuropsiquiatría, puesto que el origen más común suelen ser crisis comiciales nocturnas.

Los terrores nocturnos y sonambulismo aparecen en la primera mitad de la noche y la intervención debe ser recomendación de hábitos de higiene del sueño, además de valoración por si hubiera un origen médico o psiquiátrico asociado; en el caso del sonambulismo, recomendar prevención del posible daño que se puedan hacer durante el episodio. Las pesadillas aparecen al final de la noche, son típicas las generadas por antidepresivos al ser sueños muy vívidos.

<b>Diagnóstico diferencial de las parasomnias</b>	
<b>Pesadillas</b>	Terrores Nocturnos SAOS Narcolepsia Trastorno de pánico Pesadillas inducidas por fármacos (antidepresivos, cafeína ...)
<b>Terrores Nocturnos</b>	Pesadillas Alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas Crisis epilépticas durante el sueño SAOS
<b>Sonambulismo</b>	Crisis epilépticas Deambulación nocturna SAOS

Trastornos del sueño más comunes en niños y adolescentes					
Trastorno	Edad	Prevalencia	Síntomas	Evaluación	Tratamiento
<b>SAOS</b>	3-8 años; adolescentes	1-2%	Ronquidos, respiración ruidosa, pausas en la respiración, sudoración nocturna, respiración bucal	Polisomnografía completa; estudio cardiopulmonar; oximetría	Adenoidectomía, CPAP
<b>Sr. Retardo de fase</b>	Adolescentes	5-10%	Inicio del sueño tardío, dificultad para levantarse temprano, calidad del sueño normal	Historia detallada del sueño, diarios del sueño	Cronoterapia, intervenciones conductuales, terapia lumínica, potencialmente melatonina
<b>Narcolepsia</b>	Adolescentes	0,05%	Cataplejía, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño, "ataques de sueño"	Polisomnografía y MSLT	Modafinilo o estimulantes para la hipersomnía diurna; ISRS o ATC para la cataplejía
<b>Terros nocturnos</b>	3-6 años	3%	En el primer tercio de la noche, descarga autonómica con taquicardia, taquipnea, sudoración, llanto inconsolable, amnesia del episodio	Historia detallada del sueño, historia familiar, grabación en video	Recomendaciones para padres, evitar deprivación del sueño, benzodicepinas para casos severos.
<b>Sonambulismo</b>	4-8 años	15-40% un único episodio; 3- 4% episodios semanales	Una o dos horas tras el inicio del sueño; duración de minutos a media hora; confusión, incoherencia, dificultad para despertar, amnesia del episodio	Historia del sueño detallada; historia familiar, recogida en video	Tranquilizar a los padres; dar medidas de seguridad ( cerrar ventanas y puertas con llave, alarma en la puerta del niño); benzodicepinas para casos severos
<b>Trastorno del comportamiento asociado al inicio del sueño</b>	Lactantes y niños pequeños	20-50% de 6 a 12 meses; 15-20% de 1 a 3 años.	El inicio del sueño requiere la intervención de los padres (dormirlos al brazo...)	Historia detallada del sueño con evaluación de conductas de refuerzo de los padres, métodos para dormirlos. Recogida en video	Intervenciones conductuales

*CPAP: continuous positive airway pressure; MSLT: multiple sleep latency test*

FUENTE: Guías de protocolos clínicos de AEPNYA

### **Tratamiento:**

Aunque el insomnio puede constituir parte de la sintomatología de una enfermedad psiquiátrica, las causas en la etapa infanto-juvenil suelen estar en relación con la interacción padres-hijo, es decir, cómo reaccionan los padres hacia problemas del comportamiento transitorios que pueden pasar a cronificarse, por ejemplo en el caso de padres sobreprotectores. Es por ello que el primer paso va a ser la psicoeducación de la familia y del niño, siendo a veces suficiente, ya que en ocasiones las expectativas de los padres en cuanto a las horas de sueño están sobrestimadas. La higiene del sueño es importante en la

mayoría de casos, siendo el único tratamiento en los trastornos del sueño de origen conductual y en el sueño insuficiente. El tratamiento, en general, va a ser fundamentalmente conductual, excepto en casos de patología psiquiátrica o cronificación del trastorno, donde puede ser necesario el uso de fármacos.

Se puede recomendar un sencillo ejercicio de relajación:

1. Tenderse boca arriba en posición de relajación. Cabeza a la altura del cuerpo o más baja.
2. Cerrar los ojos.
3. Inspire suavemente. No hinche excesivamente los pulmones. Espire todo el aire. Repita el ejercicio 3 veces.
4. En la 3ª respiración suelte todo el aire y manténgase sin inspirar el tiempo que pueda. Entonces repita las tres respiraciones suaves y vuelva a retener el aliento al final de la tercera espiración.
5. Para ayudarse a contener la respiración y aguantar sin inspirar durante unos momentos, concéntrese en una imagen mental agradable / placentera.
6. Una vez que haya repetido 5 a 8 veces el ciclo (3 inspiraciones y espiraciones seguido de un periodo de contención de la respiración después de una espiración máxima) sentirá deseo de respirar con normalidad, relajado y somnoliento. Respire entonces suavemente y con normalidad. El sueño le vendrá fácilmente.

Y en casos en los que se precise dar tratamiento se puede recomendar tratamiento sintomático con melatonina entre 4 a 12 gotas según edad o efectividad.

Otros fármacos utilizados son la hidroxicina (10-12.5mg), sulpiride (15-30 mg/cena) o diacepam (2.5-5mg) en una toma única nocturna.

De todos modos, insistir a los padres que la higiene del sueño es el tratamiento más efectivo y que el empleo de medicación va a ser solo temporal (2-4 semanas), para disminuir la tensión adquirida y facilitar la adquisición de los hábitos.

Para romper la asociación entre el contexto en que se duerme y el insomnio se pueden seguir las siguientes instrucciones:

1. No utilice la cama ni el dormitorio para otra actividad que no sea dormir. No lea, ni vea la televisión, no hable por teléfono, evite preocupaciones, discutir con la pareja, o comer en la cama. La única excepción a esta regla es que puede tener actividad sexual en la cama.
2. Establezca una serie de rutinas previas al sueño regulares que indiquen que se acerca el momento de acostarse: por ejemplo, cierre la puerta, lávese los dientes, programe el despertador y realice todas aquellas labores que sean lógicas para este momento de la noche. Realícelas todas las noches en el mismo orden. Adopte la postura para dormir que prefiera y sitúe sus almohadas y mantas preferidas.
3. Cuando se esté metido en la cama, se deben apagar las luces con la intención de dormirse inmediatamente. Si no se puede dormir en un rato (alrededor de 10-15 minutos), hay que levantarse e ir a otra habitación. Conviene dedicarse a alguna actividad tranquila hasta que se empiece a sentir sueño, y en este momento, volver al dormitorio para dormir.
4. Si no se duerme en un período de tiempo breve, debe repetirse la secuencia anterior. Hacerlo tantas veces como sea necesario durante la noche. Utilizar este mismo procedimiento en caso de despertarse a mitad de la noche si no se consigue volver a dormirse aproximadamente a los 10 minutos.
5. Mantenga regular la hora de levantarse por la mañana. Poner el despertador y levantarse aproximadamente a la misma hora cada mañana, los días laborales y los festivos, independientemente de la hora en que uno se haya acostado, regulariza el reloj biológico interno y sincroniza el ritmo de sueño-vigilia.
6. No duerma ninguna siesta durante el día. Si uno se mantiene despierto todo el día tendrá más sueño por la noche. Pero si la somnolencia diurna es demasiado agobiante se puede permitir una pequeña siesta después de comer a condición de que no dure más de media hora.
7. Intente relajarse al menos una hora antes de ir a la cama. Evite utilizar la cama para "dar vueltas" a sus preocupaciones. Puede reservar, en otro momento del día, 30 minutos para reflexionar sobre aquello que le preocupa, intentando encontrar las soluciones, (le podría ayudar escribirlo en una hoja de papel). Cuando esté en la cama, si vuelven las preocupaciones, dígame a sí mismo: "basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir".
8. No utilice el ordenador antes de irse a la cama porque la luminosidad de la pantalla puede actuar como un activador neurológico.

## **T CONDUCTA ALIMENTARIA**

Son alteraciones graves de la ingestión de alimentos, no causadas por enfermedades médicas, que se inician generalmente tras dietas restrictivas voluntarias y con consecuencias psicológicas, familiares y biológicas que mantienen o empeoran el trastorno.

La Anorexia nerviosa (AN) se caracterizará por la restricción alimentaria, adelgazamiento significativo con distorsión de la imagen corporal, pánico a engordar, importancia extrema de su imagen corporal para su autoconcepto y alteraciones menstruales por la malnutrición (en prepuberales presentarán una detención del crecimiento o desarrollo sexual)

La bulimia nerviosa (BN) presenta ingestas excesivas y descontroladas (atracones), seguido de comportamientos compensatorios (purgativos) como vómitos, laxantes, ayunos, ejercicio intenso, también existe una preocupación excesiva de la imagen corporal.

El trastorno por atracón sería semejante a la bulimia pero sin conductas purgativas.

### **Evaluación diagnóstica:**

Son datos relevantes la historia de cambios de peso, la menstruación, dietas o conductas compensatorias.

La exploración física es básica para conocer la gravedad del trastorno y tomar medidas urgentes si se hiciera preciso. Antes de la remisión a las USMIAs se debe determinar el peso, altura e IMC, determinación del desarrollo puberal, frecuencia cardiaca y tensión arterial, ECG (urgente si las conductas purgativas son frecuentes) y se solicitará una analítica general con sodio , potasio (analítica urgente si vómitos), glucosa, creatinina, urea, proteínas totales, albúmina, colesterol, triglicéridos, GOT,GPT,GGT,LDH, FA, bilirrubina, amilasa, ac úrico, CK, calcio, hierro, fosforo, magnesio y lipasa, hemograma, coagulación y VSG y determinaciones hormonales: TSH. Si la amenorrea es mayor de 6 meses, está indicada una desintometría (un año si son prepuberales o varones).

En la exploración psicopatológica llamarán la atención rasgos depresivos, obsesivos, ansiedad e impulsividad, en ocasiones cumplirán criterios para otros trastornos psiquiátricos en eje I o II. Hay escalas como el EAT o el EDI de valoración.

### Signos/síntomas que hay que vigilar:

Restricción alimentaria sin control médico (saltarse comidas, disminuir las raciones, evitar alimentos “que engordan”, comer sólo alimentos “light”); adelgazamientos; cambios en hábitos alimentarios (prolongar el tiempo para realizar comidas, marear los alimentos, jugar con ellos, quitarles la grasa...); ejercicio físico con exageración; preocupación excesiva por la gordura; irritabilidad.

Muchas de estas situaciones se dan en algún momento durante la adolescencia tanto en chicas como en los chicos. Todavía no cumplen criterios para una derivación pero habría que controlar la evolución por estar en riesgo y remitir para valoración si no se modifican aunque siga sin existir un trastorno alimentario estricto.

Remitir si: Pérdida de peso con I.M.C. < 16 (o equivalente según tablas percentiladas); la pérdida ponderal que se mantiene; pérdida ponderal acelerada de más de 1 kgr por semana; comorbilidad psiquiátrica ( ansiedad, depresión, obsesividad, trastorno de personalidad); síntomas y signos físicos de malnutrición: (alopecia, sensación de frialdad, mareos, alteraciones menstruales); atracones; vómitos autoprovocados; empleo de laxantes; E.C.G. anormal con QTc mayor de 450ms, ritmo anormal o disritmia ventricular; deficiencia de potasio, magnesio o fósforo; baja albúmina sérica; temperatura menor de 36º; azotemia; tratamiento ambulatorio sin éxito tras tres meses de activo tratamiento en A.P. Evidentemente, si existen las alteraciones cardiológicas o analíticas se deberán remitir también para tratamiento médico a medicina interna, endocrino o a urgencias (deshidratación, alteraciones de la conciencia, , Fc<40, descensos graves de Na o K, alt hepáticas o renales graves, hematemesis, alt del ECG).

### Diagnóstico diferencial:

- *Patología orgánica*: En las enfermedades médicas no hay miedo a un aumento de peso, ni distorsión de la imagen corporal. Puede corresponder a tumores de SNC, panhipopituitarismo, hipertiroidismo, diabetes, enf de Crohn, celiaquía, linfomas. Las bulimias deberán diferenciarse de patologías digestivas o crisis epilépticas, sdr de Klein-Levine.
- *Fobia social*: se evita cualquier situación social, en la AN el temor solo está en relación con las comidas o exhibición del cuerpo
- *TOC*: las obsesiones o compulsiones no están referidas exclusivamente al cuerpo, peso o comida.
- *T. dismórfico*: se refiere a partes concretas del cuerpo y no a la silueta y no tiene por qué acompañarse de alt alimentarias.

## Tratamiento:

### Desde pediatría:

Es esencial lograr una buena relación con el paciente, fomentar el reconocimiento del trastorno.

Psicoeducación sobre la enfermedad y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Identificar y modificar las creencias erróneas.

Interrumpir las conductas purgativas.

Dar información nutricional y peso biológico mínimo. Si se considera, facilitar dietas y mostrar empatía sobre las preocupaciones del sobrepeso de la paciente y que se les va a ayudar para que eso no ocurra.

Asesoramiento a padres para que colaboren, explicación del trastorno y cómo se trabaja, pedirles que la hora de la comida no sea un momento de crispación o realización de chantajes, colaboración para evitar conductas purgativas, evitar que la paciente se pese de forma continua y reportes de la ingestas alimentarias.

### Desde las USMIAs

Además de los problemas derivados de su TCA, se realizarán intervenciones para mejorar sus relaciones interpersonales y familiares, los aspectos psicológicos que han originado el trastorno.

Generalmente el abordaje psicológico es ineficaz sin una recuperación nutricional por lo que se valorará el ingreso hospitalario en una unidad específica o en un centro de día si se dispone en el área de ellos.

El tratamiento farmacológico no es eficaz en la AN, al menos en la fase aguda, una vez recuperado el peso los ISRS pueden evitar recaídas. (por supuesto también se usan si existen patologías depresivas u obsesivas comórbidas). En la BN, la fluoxetina es el fármaco de elección a dosis elevadas (60-80mg/día) y si no mejora, asociar topiramato (75-300mg/día), manteniendo el tratamiento al menos 6 meses.

Se procede al alta si tras un año de seguimiento, no se evidencian alteraciones psicopatológicas alimentarias.

En Valencia se lleva haciendo un programa de detección y de intervención primaria a través del Programa ditca, dirigido a los centros educativos y a profesionales de la salud, hay que inscribirse en la siguiente dirección: <http://www.ditca.net/>

## CEFALEAS

El tipo de cefalea que requerirá la valoración de las USMIAs es la cefalea tensional crónica no progresiva que se caracterizará por un dolor difuso, simétrico, con sensación de opresión. No suele acompañarse de náuseas o vómitos aunque puede asociarse a mareo y en ocasiones cursa con vértigo, visión borrosa y fotofobia lo que obliga a realizar el diagnóstico diferencial con las migrañas (muy frecuentes en la infancia y que en ocasiones se presenta junta).

Criterios de IHS (International Headache Society): 15 episodios/mes durante 6 meses con ausencia de vómitos y solo uno entre los siguientes: náuseas, fotofobia o sonofobia. Mas dos características de las siguientes: opresiva (no pulsátil), intensidad leve o moderada, bilateral y no agravada por el esfuerzo físico.

Los motivos de la derivación se basan en síntomas adaptativos ocasionados por el malestar crónico y las limitaciones provocadas por las cefaleas (por ej las faltas a clase) o porque se piensa en la existencia de factores psicológicos importantes en la manifestación de ésta (y generalmente por ambos motivos).

Es importante reconocer los síntomas que recomendarían una exploración previa desde neuropediatría: cambios en las características de la cefalea, interfiere con el sueño, es matutina, vómitos, cambios de carácter, disminución del rendimiento escolar, retraso pondoestatural, menores de cinco años, cefaleas persistentes y localizadas, síntomas visuales, manchas hipo o hiperpigmentadas, macrocefalia.

### Tratamiento:

Evitar cuestionar la veracidad de lo síntomas o que se lo provocan ellos, enfocar el tratamiento a la búsqueda de estrategias que ayuden al niño y a su familia a reducir la discapacidad provocada por los síntomas.

Remarcar en que la respuesta a los tratamientos puede ser lenta pero que la mayoría se resuelven.

- De los episodios: analgesia clásica: paracetamol, ibuprofeno...
- De carácter preventivo: clásicamente se usa la amitriptilina (10-50mg/día). Raramente se precisan más de 3mg/kg/día y en ese caso, monitorizar ECG de forma periódica. En la actualidad usamos más los ISRS (fluoxetina, citalopram) e incluso duales como la duloxetina. También se recomienda el abordaje psicoterapéutico (relajación, cognitiva, estilos de afrontamiento)
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica si se ha producido.

## ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, caracterizada por la presencia de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, desorganización conductual, etc.) y negativos (apatía, abulia, empobrecimiento afectivo, etc.) en diferente grado a lo largo del curso de la enfermedad, y que puede llevar al deterioro. Se consideran los mismos criterios DSM que en los adultos y la prevalencia en las etapas infantiles es muy pequeña debido al inicio larvado de la enfermedad con manifestación plena al llegar a adultos y en ocasiones nosotros solo vemos estados prodrómicos como patología TOC, disforia depresiva o alteraciones conductuales (retraimiento o agresividad).

El diagnóstico es clínico, siendo obligado la realización de exploraciones complementarias analíticas (incluyendo tiroides, cobre y ceruloplasmina, de imagen y EEG) para dgn diferencial con epilepsias, enf de Wilson, tumores, lupus, encefalitis...ya que aunque existan síntomas psicóticos no se debe pensar en la esquizofrenia como primera opción en este rango de edad.

Ante la sospecha, remitir a USMIAs para valoración: cambios en su estado mental, al menos un familiar de primer o segundo grado con trastorno psicótico (no secundario a tóxicos) y rasgos esquizotípicos de personalidad.

El tratamiento de elección son los antipsicóticos, preferentemente los atípicos en forma oral y de ellos utilizamos la risperidona (4.5-9mg/día) y aripiprazol (10-30mg/día) por su eficacia, autorización y pocos efectos metabólicos. Si no es efectiva utilizaremos otro atípico y por último el haloperidol. Los fármacos depot (risperidona consta, zuclopentixol decanoato) si persiste la resistencia o se niega/incumplimenta gravemente la administración oral. Por último reservaremos la clozapina para los casos no respondedores y por último la Terapia Electro Convulsiva. Antes de cada cambio en el tratamiento hay que esperar 4-6 semanas a dosis adecuadas. Mantener el tratamiento al menos 6 meses con estabilidad clínica antes de proceder a la retirada lenta.

La derivación para el ingreso hospitalario se realizará ante la gravedad de la clínica, riesgo auto o heterolesivo o negativa al tratamiento ambulatorio.

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Las principales patologías que provocan una asistencia urgente son los trastornos conductuales, la ideación autolítica y las crisis de ansiedad.

### Evaluación del paciente

Obtener de cada informante el motivo de la consulta y desarrollar en lo posible una alianza terapéutica con todos los implicados.

Realizar una historia del desarrollo del niño y antecedentes psiquiátricos, especialmente enfocado al motivo de la urgencia. Realizar diagnóstico diferencial atendiendo a los precipitantes o características de la crisis. Funcionamiento familiar, social o escolar.

Explorar ideación autolítica (actual o pasada), alteraciones perceptivas, signos de confusión o desorientación. Posibilidad de consumo de tóxicos o fármacos

Valoración del riesgo para la seguridad del paciente o de otros.

Identificar factores que pueden ayudar a contener y aliviar la angustia.

### **Agitación psicomotriz y violencia:**

Por definición, habrá una exaltación motora con conducta desordenada, impulsiva acompañada de estado emocional de ansiedad, cólera o euforia y obliga a actuar de forma inmediata y con escasa información para tomar medidas que reduzcan el riesgo del paciente o de otros.

Lo normal es que el menor acuda en contra de su voluntad y por tanto con escasa colaboración.

Se sospechará de una patología no psiquiátrica cuando: inicio brusco, no antecedentes psiquiátricos, alteraciones del nivel de conciencia y desorientación, fluctuación de la clínica, empeoramiento nocturno, discurso incoherente, movimientos repetitivos carentes de finalidad, alucinaciones visuales, síntomas neurológicos. Causas posibles: toxicológicas (alcohol, drogas de abuso, corticoides, ansiolíticos); metabólicas (hipoglucemias, fiebre, deshidratación); neurológicas (postepilepsia, TCE, infecciones cerebrales, accidentes cerebrovasculares o tumor cerebral);

Causas psiquiátricas: T. conducta, TEA y R Mental, T. bipolar, consumo de tóxicos, psicosis, o reactivas (T estrés postraumático, abuso sexual).

## Intervención

Separar al paciente de la causa que ha generado la violencia (familia gralmente, si facilitan la crisis, actuar en consecuencia).

*Contención verbal:* mostrarse calmado, seguro, adoptando una actitud de escucha y ofrecerle ayuda.

*Contención farmacológica:* de preferencia oral ante una agitación leve o moderada. Diacepam (5mg en niños, 10mg en adolescentes) especialmente en crisis de ansiedad o reactivas. Risperidona (1mg en niños, 2-3mg en adolescentes) mejor en forma flas, pero también existen en comprimidos y solución. Olanzapina (2.5mg niños, 5-10 en adolescentes) tb hay presentación velotab, si no se disponen de los anteriores: haloperidol (15 gotas en niños, 30-50 en adolescentes); clorpromacina (15 gotas en niños, 25-50 en adolescentes). Si el paciente lo rechaza o la agitación es severa: olanzapina i. m. (1/4 ampolla en niños, ½-1 en adolescentes), como no suelen existir en urgencias, lo habitual será haloperidol i.m. (1/2 amp en niños, 1 en adolescentes) o clorpromacina i.m. (1/2 en niños, 1 en adolescentes). Control de la TA cada 15-30'.

*Contención física:* si no han podido realizar las anteriores y el riesgo de seguridad es elevado. Se deben utilizar 5 personas (una por cada miembro, más la cabeza), la contención es en decúbito supino, lejos de objetos potencialmente peligrosos y esquinas.

Una vez remitida la situación de agitación, valorar de nuevo el caso y derivar a los dispositivos específicos según el origen: UCA (tóxicos); SEAFI (origen familia o social); INFOABUS (abusos sexuales); USMIA (patología psiquiátrica); control por pediatría (ha sido un caso aislado sin identificación de patrones de funcionamiento alterados familiares o personales).

## Conducta suicida (gestos suicidas)

A menudo se asocian a una larga historia de problemas conductuales, académicos e interpersonales. La conducta suicida puede buscar la comprensión, el afecto perdido o esperar una respuesta positiva del entorno y restablecer la relación con los demás. En un alto porcentaje no se encuentran deprimidos pero los intentos pueden ser tan serios como los depresivos.

Los factores que predisponen a un conducta suicida son: Impulsividad, superemotividad ansiosa, inmadurez afectiva, reacciones depresivas ante conflictos familiares y escolares. El medio familiar suele ser desorganizado y con carencias afectivas precoces y malas relaciones con el adolescente.

Distinguir entre:

- Ideación suicida: hay un pensamiento, a veces reiterativo, en torno a la idea de quitarse la vida. Es frecuente en la depresión. Hay que valorar el riesgo suicida.
- Ideas de muerte: el pensamiento de muerte es más bien temido que deseado. Frecuente en pacientes ansiosos y obsesivos. También en depresivos.
- Amenazas suicidas: Pueden ser interpretadas como chantaje o como actitudes desafiantes pero, habitualmente, implican una gran angustia y riesgo de llevarlas a cabo.
- Autolesiones: cortes, arañazos, quemaduras, realizados intencionadamente. Se pueden producir en situaciones de gran angustia y sentimientos de vacío o bien por una gran impulsividad que no reprimen. En sí mismos son actos de poca letalidad pero indican una forma de reaccionar patológica, requieren tratamiento.
- Tentativas suicidas o autolíticas: actos de agresión voluntaria con finalidad autolesiva.

Las patologías psiquiátricas asociadas más frecuentes en un suicidio consumado, son (por orden):

- T. del humor (tb en la fase maniaca)
- Abuso de sustancias. Si existen ambos diagnósticos, el riesgo de suicidio se multiplica por 17: Los adolescentes deprimidos utilizan las drogas como escape, las drogas al mismo tiempo aumentan la impulsividad y la agresividad, el suicidio y el abuso de sustancias comparten una base neurobiológica común, el consumo prolongado de drogas afecta a la función cerebral y contribuye a la aparición de la conducta suicida y empeoramiento de las relaciones familiares.
- T. conducta/personalidad
- T. ansiedad
- T conducta alimentaria
- Esquizofrenia (especialmente en su primer episodio)
- Distorsiones cognitivas y mecanismos de defensa desadaptados
- Enfermedades médicas
- acontecimientos vitales estresantes: ser descubiertos por un delito, malas notas, rupturas sentimentales o discusiones entre los padres.

En general la presencia de factores familiares es un factor inespecífico puesto que se asocia a cualquier patología psiquiátrica. Las relaciones sociales también

aumentan la vulnerabilidad, tanto las víctimas del bullying como los acosadores tienen un aumento del riesgo, otros factores de riesgo son el acceso a los métodos potenciales de suicidio y sufrir abuso sexual, así como el riesgo en un breve espacio de tiempo tras la divulgación del suicidio de una personalidad célebre.

### Valoración

- Evaluar la tentativa: Si es de alto riesgo, con planificación previa, utilización de métodos letales (precipitación, armas de fuego, ahorcamiento). De bajo riesgo: cortes, ingesta de poca cantidad de fármacos, relacionados con la búsqueda de apoyo del entorno.
- Intentos previos o conductas temerarias
- Existencia de psicopatología previa. Consumo de tóxicos. Antecedentes de intentos de autolisis en la familia
- Actitud del paciente ante el fracaso de la autolisis
- Actitud de la familia y posibilidad de supervisión familiar

Siempre es precisa una valoración psiquiátrica de un intento suicida. Si tras la valoración realizada en primaria es de alto riesgo suicida, debe remitirse urgentemente para valoración psiquiátrica. Si se considera de bajo riesgo ( y cuentan con buen apoyo familiar) solicitar visita preferente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Soutullo Esperón C, Mardomingo MJ. Manual de Psiquiatría del niño y adolescente. Ed Médica Panamericana, Madrid 2010.
2. Ballesteros Alcalde MC. Práctica Clínica paidopsiquiátrica. 2ª edición. Ed: Adalia, Madrid 2009.
3. AEPNYA. Protocolos clínicos. Versión CD. 2008.
4. Soutullo Esperón C. Guía básica de psicofarmacología del TDAH. Ed InScience communications, Madrid 2012.
5. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5ª edición. Ed Ars médica, Barcelona 2008.
6. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. RTM-IV, recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Ed Comunicación y ediciones sanitarias, Madrid 2012.
7. Marcos Méndez I, Barberá Fons M, Gutiérrez Pastrana JG, Belmonte Trigeros R. Manejo farmacológico de los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. En Cámara Teruel JM, Cañete Nicolás C, Dualde Beltrán F. Manual de psicofarmacoterapia (pp407-451). Ed Entheos, Madrid 2006.
8. Weller E, McDermott J. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adloescencia. En Gabbard, G. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Tomo I. (pp 3-137). Ed Ars médica. Barcelona 2008.
9. Ruter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson j, Taylor E, Thapar A. Rutter's Child and adolescent psychiatry. 5ª edición. Ed Wiley-Blackwell. Ed Massachuetts 2011