

Problemas prevalentes en salud mental infanto-juvenil

M. Alcamí Pertejo^a, M. Duelo Marcos^b

^aPsiquiatra. Hospital de Día de Leganés (Áreas 8, 9 y 10). Madrid.

^bPediatra. CS Guayaba (Servicio Madrileño de Salud, Área I I). Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 2:S167-81

Mar Duelo Marcos, mmduelo@pap.es

Resumen

El objetivo del taller es familiarizar al pediatra de Atención Primaria (AP) con aspectos del desarrollo normal del niño y con los trastornos mentales ante los que hay que estar alerta en los primeros años. Para una correcta comprensión, diagnóstico y tratamiento debe tenerse en cuenta el momento de desarrollo del niño y el interjuego entre los síntomas y su entorno. Observaremos no sólo al niño, sino también la relación con su entorno y en especial con su figura principal de vinculación. Se describen aspectos de la "naturaleza" y la "crianza" del niño, y los principios de la teoría del apego.

Se diferencian las funciones del pediatra de AP en los problemas de salud mental: detección, diagnóstico y tratamiento, y seguimiento. Se plantean las características de algunos trastornos y la tarea específica del pediatra.

Es imprescindible la detección y tratamiento precoz de los trastornos de salud mental en el niño para una buena evolución. Debe potenciarse la coordinación con los servicios de salud mental de zona para un correcto abordaje.

Palabras clave: Trastornos de salud mental, Pediatra de Atención Primaria, Detección, Tratamiento.

Abstract

The workshop's objective is to familiarise the Primary Care (PC) paediatrician with the child's normal development and with mental health disorders which should call for attention in his/her first years. Child's development status and relationship between symptoms and environment have to be taken into consideration for a correct understanding, assessment and treatment. We will not only observe the child, but also the relationship with his/her environment and specially with his/her main attachment figure. Child "nature" and "nurture" aspects, and the Attachment Theory principles are described.

Primary Care paediatrician's functions in mental health problems are differentiated: detection, diagnosis and treatment, monitoring. Some mental disorders' characteristics and the paediatrician specific tasks are presented.

Early detection and treatment of child mental health disorders is an absolute must for a good evolution. Coordination between PC paediatricians and the Area's Mental Health Services has to be boosted for a correct approach.

Key words: Mental health disorders, Primary Care paediatrician, Detection, Treatment.

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este trabajo.

Justificación

El objetivo de este seminario es familiarizar al pediatra de Atención Primaria (AP) con las manifestaciones clínicas de etapas del desarrollo normal del niño, y con los trastornos mentales a los que hay que estar especialmente alertas en los primeros años. Es tarea del pediatra saber diferenciar los trastornos en los que un acompañamiento (seguimiento) desde la consulta de AP pueda ser suficiente, de aquellos que por su gravedad o riesgo de evolución psicopatológica deben obligar a la derivación a salud mental.

En la consulta del pediatra de AP la mayor demanda de las familias, en materia de salud mental de sus hijos, ocurre en situaciones de dificultad en el manejo de momentos clave del desarrollo emocional (psíquico) de los niños y que ponen en jaque la dinámica familiar y la capacidad de respuesta como padres.

La consulta del pediatra es un lugar privilegiado para detectar trastornos de salud mental. Estos trastornos se caracterizan porque, una vez iniciados, el propio crecimiento y desarrollo no los resuelve, sino que los va complicando. Por otro lado, la reversibilidad de los trastornos en el niño no es comparable con la escasa capacidad de modificación que encontramos en muchos de los trastornos psíquicos de la vida adulta,

inscritos ya en el funcionamiento de la persona. Los problemas mentales de la infancia pueden dejar de serlo con la detección y el abordaje precoz, ya que supone intervenir antes de que las primeras desviaciones del desarrollo psíquico se consoliden como patrones inadaptados de funcionamiento.

El método más adecuado para evaluar el estado mental del niño es el que toma en cuenta el momento de su desarrollo y el interjuego entre los síntomas y su entorno. Para la correcta comprensión, diagnóstico y tratamiento no sólo "miraremos" al niño, sino también la relación con su entorno y en especial con su figura principal de vinculación.

Introducción

Los conocimientos sobre la salud mental y el desarrollo del niño han crecido exponencialmente en las últimas dos décadas. Gracias a la observación sistemática, la investigación y la intervención clínica se conocen los factores que contribuyen a generar patrones adaptativos e inadaptados del desarrollo, y se comprende el significado de las diferencias evolutivas individuales de la infancia.

Uno de los grandes avances es la conceptualización del desarrollo como "la transformación de la regulación externa en interna"¹, progresión que representa la

complejidad del cerebro en maduración que regula adaptativamente la interacción entre el organismo en desarrollo y el entorno social. Las experiencias necesarias para esta maduración, dependiente de la experiencia, se crean en el contexto del apego, es decir en el contexto de la relación establecida con el cuidador.

Desde el final del embarazo hasta el segundo año de vida el cerebro está en un periodo crítico de crecimiento, y requiere para una maduración óptima suficiente cantidad, no sólo de nutrientes, sino también de experiencias interpersonales reguladas². Una conclusión de la investigación en neurociencia del desarrollo es el acuerdo sobre que el cerebro infantil "está diseñado para ser modelado por el ambiente que encuentra". El cerebro se considera un órgano bioambiental o biosocial.

La importancia de considerar las características del patrón relacional en el que está inscrito el niño que es traído a la consulta, surge de constatar que el contacto entre naturaleza y crianza ocurre en la interacción psicobiológica entre la madre y el niño. Esta interacción es única y privilegiada, ya que es "el primer encuentro entre herencia y el ambiente psicológico"³.

En la consulta habrá pues que considerar, no sólo al bebé que la madre trae

arropado y desnuda en nuestra camilla para que lo exploremos, sino cómo lo coloca, lo desviste, lo calma y le sigue mirando..., aunque esté hablando con nosotros para contarnos la tos que ha hecho traerle al pediatra.

"Naturaleza"

Todo niño tiene unas características constitucionales que lo hacen único. Existe gran interés por conocer cómo se encamina esa "naturaleza" a lo largo del crecimiento y el desarrollo hacia la identidad final y única que nos define como personas. La estructuración de la personalidad de cada sujeto es un complejo proceso biopsicosocial, al igual que lo es la enfermedad mental.

Hay autores⁴ que plantean que el temperamento es una de las variables más sobresalientes del desarrollo infantil, y uno de los componentes de la personalidad. Los rasgos de la personalidad son "los patrones persistentes de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y uno mismo" con los que afrontamos las situaciones personales y sociales. No se considera establecido como patrón fijo hasta la adolescencia o principios de la vida adulta.

El temperamento es una disposición de base biológica que influye en la interacción del niño y su mundo, y que afecta

tanto a la naturaleza como al estilo de aproximación del niño hacia los demás y su reactividad hacia ellos. Es evidente que las características temperamentales del niño provocan un acercamiento al mundo diferente: el niño que tiende al acercamiento tendrá mayor exposición a situaciones y momentos novedosos y experimentará afectos positivos durante estas experiencias, mientras que el niño temeroso evitará lo novedoso, buscará familiaridad y experimentará afectos negativos en situaciones nuevas. Consecuentemente, el desarrollo representacional de sí mismo, de los otros y de su mundo será diferente. Algunos estarán alerta al peligro, lo verán donde otros ven emoción, y se verán a sí mismos como vulnerables en vez de competentes y aceptados.

“Crianza”

En el complejo entramado del encuentro entre el niño y el mundo, el cuidador principal se constituye en el primer regulador externo, que de alguna forma actúa como barrera protectora. El bebé necesita estimulación para su desarrollo, pero esta estimulación en cuanto a cantidad, clase y ritmo debe estar íntimamente relacionada con la propia organización psicológica interna del bebé. Organización que, como hemos visto, depende de factores constitucionales.

En ocasiones el niño tiene grandes impedimentos. La crianza del bebé puede verse obstaculizada si existe ceguera, sordera, disfunción cerebral, hipotonía muscular o simplemente prematuridad. Este tipo de bebés requieren cuidados especiales, pues el tipo de crianza que resultaría adecuado para un bebé normal no lo es para ellos. Los padres deben hacer un esfuerzo, no sólo para compensar las dificultades de sus hijos, sino para poder mantener un intercambio emocional donde el otro interlocutor participa poco.

Una de las primeras teorías psicológicas que estudió la importancia de la interacción real entre el niño y el cuidador fue la teoría del apego. Partiendo de teorías etológicas Bolwby⁵ planteó que el ser humano desarrolla desde sus comienzos una intensa vinculación hacia una única persona (en general la madre), vinculación que, una vez establecida, se mantiene constante. El apego se identifica con un interés insistente en mantener proximidad con una o con unas pocas personas seleccionadas; la tendencia es a usar a estos individuos como una base segura desde la cual explorar los entornos desconocidos; y, en momentos de alarma, como lugar donde buscar un refugio de seguridad. Durante la infancia, la respuesta sensible de

los padres incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y rápidamente. La falta de sensibilidad, por el contrario, puede o no estar acompañada de una conducta hostil o desagradable por parte del cuidador, y existe cuando el cuidador fracasa en leer los estados mentales del bebé o en apoyarle en el logro de sus estados positivos o deseos. Estos padres con dificultad para responder adecuadamente a las necesidades de sus bebés, con frecuencia han sufrido en su propia infancia dificultades similares y han carecido de figuras de vinculación que les ofrecieran el establecimiento de un apego seguro, por lo que tienen dificultad para poder ofrecer experiencias de seguridad y constancia a sus hijos⁶.

El niño que tiene una historia afectiva con una figura de apego cariñosa, que ha respondido contingentemente a sus demandas, desarrolla un modelo de sí mismo como digno de ser querido, y un modelo de los demás como personas sensibles, dignas de confianza. El apego es por tanto interno: "Este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas, y de intenciones, todos los cuales sirven de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un

molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable"⁷. Los patrones interactivos tempranos entre el niño y el cuidador se convierten en estilos individuales para la regulación del afecto en el niño, los cuales, a su vez, determinarán los patrones de interacción que le caracterizarán en el futuro. El tipo de apego desarrollado en los primeros años es clave en la vida futura emocional y en la salud mental, de gran influencia para el desarrollo de los lazos de pareja e intimidad, y condicionará la calidad de las relaciones interpersonales, autoestima, salud emocional y especialmente el vínculo afectivo con los hijos⁸.

La evaluación adecuada de un problema mental en el niño debe explorar cómo se relacionan, él y sus síntomas, con su entorno. Existen relaciones poco involucradas, desinteresadas, que parecen dejar al niño abandonado, sin responder a sus demandas, o que sólo lo hacen de forma discontinua, que no permiten dar una vivencia de continuidad a la relación. Otras relaciones son sobreinvolucradas con un excesivo involucramiento físico y psíquico, que no permite que el niño exprese sus demandas y que puede llegar a anular su espontaneidad e impedir aspectos de su desarrollo. En ocasiones, la relación puede ser muy ansiosa, con interacciones

tensas, con poca sensación de disfrute, transmitiendo un contenido afectivo de tensión. Por último, hay interacciones con escasa reciprocidad en las que existe una relación hostil y colérica, que puede llegar al extremo de una relación de maltrato.

Para diagnosticar un trastorno de la relación hay que comprender la calidad de la interacción bebé progenitor, la clasificación 0-3^º plantea la utilización de un Eje II (tabla I)¹⁰.

Funciones del pediatra de AP en la salud mental

Uno de los primeros entornos al que se lleva al niño, y que amplía la mirada sobre él, más allá del entorno exclusivamente familiar, es la consulta del pediatra. La posición en la que acude el cuidador es además única: viene a "consultar", "a pedir parecer, dictamen o consejo". Los padres buscarán una opinión sobre la salud de su hijo, cuidados y, en ocasiones, "consejos" como tales, y será el pediatra quién debe saber qué corresponde a su función y qué no.

Hay dos clásicas labores clínicas en la consulta pediátrica y en el valioso tiempo que supone la atención al niño a lo largo del tiempo por problemas médicos y evaluaciones programadas. En primer lugar, observar, más allá del trastorno médico que le ha llevado a la consulta,

el comportamiento del niño y el modo de relación. En segundo lugar, favorecer el despliegue de las preocupaciones y preguntas de los padres, que tan valiosa información nos aportan.

Se diferencian tres funciones del pediatra: detección, diagnóstico y tratamiento, y el seguimiento. Escalones sucesivos, en uno de los cuales estará preferentemente el pediatra según el trastorno y el momento.

Detección

La consulta del pediatra de AP es testigo del crecimiento y desarrollo del niño. Todo lo relacionado con dificultades en el desarrollo debe ser detectado e inicialmente atendido allí. Posteriormente, muchos trastornos por su complejidad y características requieren, para su diagnóstico completo y para la planificación del tratamiento, la actuación conjunta de diferentes profesionales. Será función del pediatra ir dirigiendo a la familia hacia los lugares a los que tiene que encaminarse con su hijo. En muchos casos la detección no es una tarea sencilla, pero es imprescindible. Existen dos trastornos en la primera infancia que deben ser detectados en la consulta del pediatra de AP: trastornos del desarrollo y trastornos del espectro autista.

Tabla I. Trastorno de la interacción padres-infante. Adaptación de la clasificación de los trastornos de la relación de la clasificación 0-3¹⁰

| |
|---|
| <p>1. Relación sobreinvolucrada: excesivo involucramiento físico y/o psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none">- El progenitor obstaculiza las metas y deseos del infante.- El progenitor controla excesivamente.- El progenitor formula exigencias inadecuadas para el nivel de desarrollo del niño.- El infante parece difuso, no enfocado e indiferenciado.- El infante despliega conductas sumisas, excesivamente obedientes o, a la inversa, desafiantes.- El infante puede carecer de habilidades motrices y/o expresividad lingüística. |
| <p>2. Relación subinvolucrada: involucramiento auténtico o conexión con el infante sólo esporádicamente, a menudo se refleja en una falta de preocupación por el cuidado o en su baja calidad.</p> <ul style="list-style-type: none">- El progenitor es insensible y/o no responde a las señales del infante.- Falta de consistencia entre la actitud expresada acerca del infante y la cualidad de las interacciones reales.- El progenitor ignora, rechaza o no conforta.- El progenitor no refleja los estados emocionales internos del infante.- El progenitor no protege adecuadamente.- Se observan interacciones insuficientemente reguladas o mal interpretadas por el progenitor.- Progenitor e infante parecen estar desligados.- Aparentemente el infante no es cuidado física y/o psicológicamente.- El infante puede parecer retrasado o precoz en las aptitudes motrices y lingüísticas. |
| <p>3. Relación ansiosa/tensa: interacciones tensas, restringidas, con poca sensación de disfrute distendido o mutualidad. La relación transmite al clínico un contenido afectivo de ansiedad/tensión.</p> <ul style="list-style-type: none">- El progenitor puede ser sobreprotector e hipersensible.- La manipulación del niño puede ser torpe o tensa.- En las relaciones aparecen interacciones verbal o emocionalmente negativas.- Pobre adecuación entre temperamentos.- El infante puede ser muy obediente o ansioso. |
| <p>4. Relación colérica/hostil: interacción ruda y abrupta, a menudo carente de reciprocidad emocional.</p> <ul style="list-style-type: none">- El progenitor puede ser insensible a las señales del infante.- La manipulación del niño es abrupta.- El infante parece asustado, ansioso, inhibido, impulsivo o difusamente agresivo.- El niño puede presentar conductas desafiantes o resistentes con el progenitor.- El niño puede presentar conductas exigentes o agresivas con el progenitor.- El niño puede presentar conductas temerosas, vigilantes y evitativas.- El niño tiene tendencia a conductas concretas más que a desarrollar la fantasía e imaginación. |
| <p>5. Relación mixta: combinación de los rasgos anteriores.</p> |
| <p>6. Relación abusiva:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbalmente abusiva.- Físicamente abusiva.- Sexualmente abusiva. |

Los trastornos del desarrollo precisan necesariamente estudio etiológico y tratamientos especializados (rehabilitación, fisioterapia, estimulación precoz en centros de atención temprana...). Este tipo de trastornos no son propiamente de

salud mental, pero suponen una población de máximo riesgo de trastornos mentales. Será tarea del pediatra acompañar al niño y a los padres en el complejo entramado de su desarrollo y crecimiento, que tiende a presentar más complicaciones.

Dada la importancia en el neurodesarrollo de la estimulación social externa y la creación de experiencias interpersonales reguladas, se debe incluir en la vigilancia del desarrollo una especial atención a la formación de la primera relación vincular.

Existen tres circunstancias que pueden provocar un trastorno del vínculo en un niño que ha nacido con las capacidades interactivas intactas: 1) el niño está institucionalizado y en ese entorno no se le ofrece una figura estable para la relación; 2) la madre está presente y aunque le brinda a la perfección los cuidados físicos es incapaz de lograr una identificación con el bebé para vincularse con él (una depresión u otro tipo de conflicto materno suele ser la causa); y 3) la madre está presente pero es incapaz de proporcionar tanto los cuidados físicos como los emocionales al bebé y provoca un trastorno por hipoestimulación, añadiendo a la clínica del trastorno emocional, la sintomatología derivada de la falta de cuidados higiénico-dietéti-

cos. Incluso en estas circunstancias no todos los niños desarrollarán trastornos vinculares, sólo los más frágiles.

En el desarrollo del trastorno del vínculo se puede diferenciar una secuencia¹¹: signos iniciales de alarma, signos de instauración, desaparición de las capacidades interactivas y finalmente desarrollo de conductas evitativas del contacto. Cada etapa tiene síntomas característicos (tabla II). Los casos más graves presentan estancamiento en las adquisiciones y una búsqueda del aislamiento de apariencia autística. En la mayoría, sin embargo, encontraremos dificultad evidente en la interacción social y un patrón de relación anómalo e inadecuado que queda instalado de forma permanente (respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o muy ambivalentes y contradictorias; o en el otro extremo una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados).

Los estudios han demostrado que cuanto más precoz y más generalizada sea la negligencia de cuidados, más devastadores serán los problemas del desarrollo para el niño¹², de ahí la importancia de una actuación precoz.

Los trastornos del espectro autista (TEA) forman el amplio campo de los trastornos de la comunicación y la inter-

Tabla II. Clínica del trastorno del vínculo (Peral M. y Gijón P.)

| |
|--|
| <p>1. Signos iniciales de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Irritabilidad, llanto excesivo, trastornos del sueño.b. Alteraciones digestivas (sobre todo vómitos), dificultades en la alimentación (rechazo o voracidad).c. Aumento de las maniobras de autoconsuelo. |
| <p>2. Signos de instauración:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Síntomas somáticos, estancamiento de la curva póndero estatural, progreso de los trastornos digestivos (que pueden llevar a realizar exploraciones orgánicas e ingreso con separación madre-niño que tiende a agudizar el cuadro).b. Permanecen los trastornos del sueño, hipotonía e hipomotilidad. |
| <p>3. No aparición de las capacidades interactivas:</p> <ul style="list-style-type: none">a. No se desarrollan las conductas de relación en el momento en que éstas deben aparecer: no hay fijación de la mirada o la mirada es vacía; no aparece la sonrisa con valor operativo; no surgen las vocalizaciones interactivas; el llanto es débil; existe una incapacidad para acoplarse al cuerpo de la madre. |
| <p>4. Desarrollo de conductas evitativas del contacto:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Evitación activa de la mirada.b. Evitación del contacto corporal (arqueando dorsalmente el cuerpo y la cabeza en opistótonos).c. Finalmente el cuadro puede semejar un autismo. |

acción. Recogidos en las clasificaciones internacionales (DSM IV¹³ y CIE 10¹⁴) dentro de los trastornos psiquiátricos como trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

La prevalencia de TEA en Europa y Norteamérica es 6/1.000, 10 veces mayor que hace 50 años. Incremento ocurrido por el cambio en los criterios y categorías diagnósticas y que ha permitido la detección de trastornos inicialmente más leves¹⁵.

Existen dos subtipos de TEA: idiopático y secundario. El idiopático es el niño que cumple los criterios de TGD, pero no tiene ninguna causa médica de TEA. La mayoría de los TGD corresponden a este subtipo. Estos niños presentan fe-

notipos comportamentales muy variables, se acompañan de retraso mental en distinto grado y no tienen rasgos dismórficos de un síndrome reconocible. El TEA secundario es el niño con un síndrome o trastorno médico identificable que se sabe asociado a TEA. Constituyen menos del 10%¹⁶.

Los paneles de consenso de expertos en detección de los TEA¹⁷ señalan como fundamental que en AP pediátrica, en los programas de seguimiento y atención al niño, se incluyan las preocupaciones de los padres, la valoración de las capacidades propias de cada edad, y una atenta valoración del desarrollo emocional y de las capacidades de interacción del niño. El escrutinio debe iniciarse a los

18 meses, desde ese momento los síntomas ya son medibles y permanecen estables hasta la edad escolar.

Ciertas preocupaciones de los padres son signos de alarma que obligan a una evaluación en profundidad: falta de balbuceo a los 12 meses, ausencia de gesticulaciones a los 12 meses; ninguna palabra a los 16 meses; menos de dos frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses; cualquier pérdida de cualquier lenguaje a cualquier edad.

El Panel de Consenso propone para detectar el autismo el cuestionario para el autismo a niños pequeños CHAT, *Checklist for autism in toddlers*¹⁸ o su versión modificada M-CHAT¹⁹.

Diagnóstico y tratamiento

La tarea más importante del pediatra es diferenciar trastornos mentales de situaciones evolutivas relacionadas con etapas críticas del desarrollo. Algunas dificultades o trastornos en los niños se hacen evidentes al modificar el entorno, cuando enfrentan situaciones nuevas. El ejemplo más claro es la entrada en la escuela: pone a prueba la capacidad adaptativa del niño, su nivel de individuación y autonomía (por tanto su capacidad para tolerar la separación del entorno protector que ha implicado hasta ese momento la familia), su capa-

cidad de comunicación, la capacidad de regular sus conductas y aceptar nuevas normas, etc. La sospecha de un verdadero trastorno mental implica la derivación al servicio de salud mental de zona, pero habitualmente el acompañamiento "tranquilo" al niño y la familia, dando tiempo de adaptación a la nueva situación, es suficiente para que el niño resuelva adecuadamente la etapa que está afrontando.

En los primeros años las consultas pediátricas son con frecuencia por dificultades en la crianza (alimentación, sueño, irritabilidad, trastornos del control de esfínteres, oposicionismo, etc.)¹⁰. Es imprescindible conocer bien el desarrollo afectivo y cognitivo normal, ya que muchas veces los síntomas son expresión de trastornos globales de la regulación del propio niño, o de fases determinadas del desarrollo. En general la comprensión del síntoma permite la modificación de la actitud de la madre y su entorno hacia él, lo que puede ser suficiente para que el trastorno desaparezca o mejore.

Trastornos de ansiedad

Para la comprensión de los trastornos de ansiedad en el niño ha de considerarse la etapa del desarrollo en que se encuentra. El crecimiento y desarrollo emo-

cional implica resolución de etapas, donde un tipo y calidad de ansiedad es sustituida por otra. Incluso algunas "ansiedades" son "organizadores psíquicos", tal es la ansiedad ante el extraño descrita por Spitz²⁰: a los 8 meses el niño adquiere conciencia de la figura de la madre y de la relación especial establecida con ella, y como consecuencia manifiesta conductas de rechazo y ansiedad con personas no conocidas. Esta conducta no es un trastorno, sino un signo de salud.

Al crecer el niño debe hacer frente a nuevos entornos sociales. Si la capacidad del bebé para funcionar con autonomía respecto a las figuras principales de apego no se ha desarrollado suficientemente puede aparecer una ansiedad de separación muy intensa que limite su funcionamiento y capacidad de adaptación a los distintos entornos, constituyéndose como trastorno. El trastorno por ansiedad de separación se caracteriza por el excesivo malestar con el que el niño vive las situaciones de separación, por la anticipación de esas situaciones y la preocupación excesiva y persistente de la posibilidad de que ocurra algún acontecimiento adverso a la figura de apego. La ansiedad se manifiesta como quejas somáticas, negativas a separarse o acudir a ciertos entornos como la escuela, dificultad para dormir, etc. Algunos niños estructuran

un funcionamiento con características fóbicas en situaciones sociales.

Trastornos adaptativos

Son perturbaciones situacionales leves, transitorias, cuyo inicio está ligado con un claro acontecimiento o cambio ambiental. Como resultado de su edad de desarrollo, de sus características constitucionales únicas y de las circunstancias familiares, el niño experimentará una reacción que dura días o semanas, pero no más de cuatro meses para la clasificación 0-3⁹, o 6 meses para la DSM IV¹³. Las características clínicas son muy variadas. El clínico debe identificar el acontecimiento ambiental desencadenante y estar seguro de que los síntomas son transitorios. No debemos diagnosticar como trastorno adaptativo si los síntomas aparecen una y otra vez, ante cada nueva etapa del desarrollo, como si el niño mostrara su incapacidad para asumir los cambios y exigencias inherentes al crecimiento. En esos casos encontramos la combinación de patrones constitucionales del niño y patrones familiares que obstaculizan el desarrollo.

Trastornos afectivos/depresión

La actuación farmacológica en la depresión infantil ha sido muy controvertida. Existe un interesante documento

elaborado al respecto por la Consejería de Sanidad y Consumo²¹.

En España se ha estimado una prevalencia de depresión mayor del 1,8% según criterios DSM III en niños de 9 años, del 2,3% según criterios DSM III-R en adolescentes de 13-14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años con criterios CIE-10¹⁴.

Es un diagnóstico difícil, ya que para diagnosticar una depresión infanto-juvenil se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en los adultos, cuando en realidad la presentación clínica en niños es muy diferente. Aunque existen herramientas para el diagnóstico, como escalas o entrevistas semiestructuradas, se requiere entrenamiento para su aplicación y debe realizarse por especialistas en salud mental. El riesgo de suicidio debe ser valorado y vigilado a lo largo del tiempo y muy especialmente al inicio del tratamiento farmacológico y en los cambios de dosis. El no tratamiento puede llevar a daños graves en el niño y el adolescente deprimido.

El tratamiento de la depresión debe ser integral, abarcando la psicoterapia, la intervención psicosocial y valorando el tratamiento farmacológico de forma individualizada. Siempre que sea posible, la psicoterapia es el tratamiento de primera elección.

La indicación de tratamiento farmacológico debe realizarse por el psiquiatra. La primera elección es la fluoxetina. Mientras el paciente esté en tratamiento debe ser controlado por el especialista de salud mental, especialmente en las fases iniciales. Tras la remisión de la depresión (ausencia de síntomas y recuperación total de la capacidad funcional, al menos durante ocho semanas), hay que continuar el tratamiento farmacológico a la misma dosis a la que se obtuvo respuesta, al menos durante seis meses. Posteriormente, se reducirá progresivamente.

El cuidado que requiere el trastorno depresivo en la niñez y adolescencia, que desde el inicio debe derivarse a salud mental, se diferencia del protocolo de actuación desde AP en la depresión del adulto, cuya primera línea de actuación se realiza en dicha consulta.

Trastornos de conducta

Constituyen una demanda muy frecuente en AP, especialmente cuando cursan con inquietud, hiperactividad y dificultades de atención. Habrá que diferenciar los que constituyen un verdadero trastorno, de los que corresponden a características temperamentales exacerbadas por entornos poco normativos y faltos de límites.

Seguimiento

El seguimiento, entendido como el acompañamiento del niño y su familia durante el crecimiento y desarrollo, es la tarea más característica del pediatra de AP.

El seguimiento específico de los trastornos mentales implica vigilar los tratamientos, tomar decisiones respecto a las actividades terapéuticas a realizar y evaluar las medidas adoptadas. Estas tareas deben realizarse en el servicio de salud mental de zona, pero no exime al pediatra de seguir siendo (como ocurre en las interurrencias médicas) esa figura médica que acompaña al niño y su familia, y participa de forma directa en los procesos curativos.

Muchos abordajes psicológicos y psiquiátricos resultan difíciles y duros para las familias. Especialmente en los trastornos graves los padres buscan a veces otras alternativas, intentando evitar el confrontamiento con una realidad que se les presenta como inadmisibile. Con frecuencia la consulta del pediatra es el lugar donde primero acuden reclamando nuevas derivaciones, buscando que se oriente el trastorno desde otros modelos más médicos.

Como se señala al principio, una pieza clave en los problemas mentales infanto-juveniles es el abordaje precoz. La orientación adecuada desde el pediatra

resulta imprescindible también para que los tratamientos se mantengan. De ahí la necesidad de la estrecha coordinación entre los servicios de salud mental y los pediatras de AP que comparten una misma zona de salud. Sólo compartiendo la opinión de la patología del paciente de los servicios de salud mental y comprendiendo los abordajes que se realizan, podrá el pediatra apoyar a su vez al niño en el proceso terapéutico.

Conclusiones

La consulta del pediatra de AP es un lugar privilegiado para observar el desarrollo. Hay que considerar las características constitucionales del niño pero también cómo se establecen los primeros patrones de interacción con el cuidador principal. El tipo de apego desarrollado en los primeros años es clave en la vida futura emocional y en la salud mental. Para la evaluación adecuada de un problema mental en el niño hay que explorar cómo se relacionan, él y sus síntomas, con su entorno.

El pediatra de AP es el gran detector de los trastornos del desarrollo y los TEA. En las tareas diagnósticas debe diferenciar los trastornos mentales de situaciones evolutivas de etapas críticas del desarrollo. En algunos trastornos y situaciones la atención y el acompañamiento

desde AP constituyen el tratamiento, en otros es fundamental la derivación a salud mental. Es imprescindible una buena

coordinación con los servicios de salud mental para la correcta atención de los trastornos mentales en los niños.

Bibliografía

1. Schore AN. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation & Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22:201-69.

2. Dobbing J, Smart JL. Vulnerability of developing brain and behavior. *British Medical Bulletin*. 1974;30:164-8.

3. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*. 2000;2:23-47.

4. Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. Barcelona: Ed. El Manual Moderno; 2002.

5. Bowlby J. El apego y la pérdida: El vínculo afectivo. Barcelona: Ed. Paidós; 1976.

6. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *J Am Psychoanal Assoc*. 2000;48:1055-127.

7. Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.

8. Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Ed. Espaxs; 2004.

9. National Center for Clinical Infant Programs. Clasificación diagnóstica: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1998.

10. Jiménez A. Detección y atención precoz de la patología mental de la primera infancia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002;22:115-26.

11. Peral M y Gijón P. Trastornos del vínculo. En: Romero Hidalgo AI., Fernández Liria A., For-

mación Continuada en Atención Primaria. *Salud Mental II*. Bristol-Myers, SAE; 1990. p. 109-19.

12. Rutter M, Kreppner J, O'Connor T. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*. 2001;179:97-103.

13. American Psychiatric Association (ed.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) DSM-IV*. Washington: Author; 1994. Coordinador edición española, Valdés M. Barcelona: Masson; 1995.

14. Organización Panamericana de la Salud (ed.). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10.º revisión. OPS; 1995.

15. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1133-41.

16. Johnson CP, Myers SM. Council on Children with Disabilities. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2007;120:1183-215.

17. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1999;29:439-84.

18. Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*. 1992;161:839-43.

19. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An

initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2001;31:131-51.

20. Spitz R. *The First Year of Life*. New York: International Universities Press; 1965.

21. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. *Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil*. Comunidad de Madrid; 2006.

