



Viernes 13 de febrero de 2009

**Taller:
“Ansiedad, depresión
y trastornos adaptativos”**

Moderadora:

Concha Bonet de Luna
Pediatra. CS Segre. Madrid.

Ponente/monitor:

- **Amable Manuel Cima Muñoz**
Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Director del Departamento de Psicología. Facultad de Medicina. Universidad CEU San Pablo. Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Cima Muñoz AM. Trastornos de ansiedad y depresión. Problemas adaptativos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 233-7.

Trastornos de ansiedad y depresión. Problemas adaptativos

Amable Manuel Cima Muñoz

*Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica.
Director del Departamento de Psicología. Facultad de Medicina.
Universidad CEU San Pablo. Madrid.
amcima@ceu.es*

RESUMEN

Mediante el estudio de varios casos clínicos se pasa revista a las alteraciones y trastornos psicopatológicos relacionados con la ansiedad y la depresión de inicio en la infancia y la adolescencia, así como a los medios más adecuados para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Igualmente, se pasa revista a las técnicas de intervención psicoterapéutica más utilizadas y al papel del pediatra en la identificación primaria y en los procesos de derivación al profesional de la salud mental, así como de seguimiento postratamiento.

INTRODUCCIÓN

La infancia no es un periodo de desarrollo de la persona carente de problemas y dificultades, sino que se puede convertir en una carrera de obstáculos de difícil manejo. Un 15% de los niños va a presentar problemas psicológicos que demandarán su derivación a salud mental, y aproximadamente un 30% va a tener problemas de fracaso escolar¹, por lo que no podemos considerar este periodo del desarrollo vital del individuo como una etapa en la que no van a aparecer trastornos psicopatológicos.

El límite, la frontera, entre las conductas que podemos entender como normales y aquellas otras que vamos a identificar como patológicas

no está claramente definido, de tal modo que debemos acudir a toda una gama de fuentes de información que nos van a permitir delimitar y diferenciar lo normal de lo patológico. Estas fuentes podemos resumirlas en las siguientes^{1,2}:

- A) La familia es el ámbito natural de desarrollo del niño y, por tanto, el primer ámbito en el que se van a poder detectar los problemas. Aunque los miembros adultos del núcleo familiar no tengan una formación concreta, su opinión no suele estar desacertada respecto de dar la voz de alarma en relación a la aparición de conductas anómalas en uno de sus miembros. De todos modos, no se deben dejar de lado los prejuicios y estereotipos que la sociedad, y por tanto la familia, manejan acerca de los trastornos psicológicos, su inicio, desarrollo y pronóstico, pues, en muchos casos, les llevan a sobreestimar o infravalorar como patológicos determinados comportamientos del niño.
- B) Las características del propio trastorno, son entre otras:
- La brutalidad de aparición.
 - La multiplicidad de signos.
 - La aparatosidad de los síntomas.
 - La gravedad de la desorganización psíquica.
 - La evidencia de descompensación.
 - La evidente disarmonía jerárquica entre síntomas de organización inferiores y otros superiores.
- C) El propio concepto de normalidad influirá en la consideración de lo patológico. No es lo mismo utilizar un criterio puramente estadístico, muy útil para la epidemiología, un criterio basado en la experiencia clínica del profesional, subjetivo

—puesto que toma en consideración sus fundamentos conceptuales y expectativas—, que un criterio de funcionalidad, el cual nos permite establecer líneas de continuidad-discontinuidad en las estructuras psicopatológicas.

- D) Los criterios diagnósticos de las clasificaciones de las enfermedades más comúnmente utilizadas: la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, los cuales se basan en ejes diagnósticos que permiten realizar un diagnóstico integral del trastorno. En el DSM-IV-TR3 podremos distinguir cinco ejes: Eje I (trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Por ejemplo, trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia). Eje II (trastornos de la personalidad, retraso mental. Por ejemplo, trastorno de la personalidad por dependencia). Eje III (enfermedades médicas. Por ejemplo, malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas). Eje IV (problemas psicosociales y ambientales. Por ejemplo, problemas relativos al grupo primario de apoyo). Eje V (evaluación de la actividad global. Por ejemplo, incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto).

Con el fin de poder llegar a establecer un diagnóstico acertado es importante conocer la etiopatogenia del problema, lo cual no siempre es sencillo pues cada niño es un mundo y tiene una manera propia de entender la realidad y expresar sus emociones. Así, podemos diferenciar tres tipos principales de causas de los problemas psicopatológicos en el niño⁴: a) aquellas que tienen un origen biológico, como puede ser una alteración cromosómica o infecciones posnatales del sistema nervioso central; b) aquellas otras que tienen un origen psicosocial, como excesivos cambios de residencia de la familia, situaciones de hiperprotección ejecutiva o el medio escolar como fuente de inadaptación; y c) aque-

llas en las que podemos definir una causalidad mixta biopsicosocial.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD

La ansiedad se encuentra constituida por emociones, pero viene acompañada de cogniciones, de intuiciones, de recuerdos, de anticipaciones imaginativas y de necesidades¹. El hecho cierto de que represente una emoción que cualquier persona ha sentido, ha contribuido a que sea considerada un “cuadro psicopatológico menor”, aun cuando tiene una prevalencia para toda la vida del 1,5-3,5%⁵.

La ansiedad infantil puede ser definida como¹ “una vivencia displacentera que generalmente ocurre como respuesta a situaciones de amenaza, reales o imaginarias, expresadas a través de síntomas físicos o psíquicos que tienen una función defensiva ante la experiencia de amenaza”.

En los procesos psicopatológicos se pueden diferenciar varios tipos de factores que intervienen en la génesis y el desarrollo de los trastornos: a) factores de riesgo predisponentes, contextuales y personales, b) factores protectores, c) factores de riesgo precipitantes, y d) factores de mantenimiento. Cada uno de ellos va a influir decisivamente en la manera en que se expresa el trastorno en el niño. En el caso de la ansiedad infantil, los factores que pueden precipitar la aparición del trastorno están relacionados con enfermedades médicas del propio niño o de alguna persona relevante para él, el fallecimiento de familiares o amigos, los problemas de adaptación en el colegio, la dinámica conflictiva en el ámbito familiar, las experiencias de maltrato físico o psíquico, los peligros “imaginarios”... y todas aquellas experiencias o situaciones que el niño considere potencialmente amenazantes para él, independientemente de la realidad cierta de dicha amenaza.

La ansiedad como alteración va a formar parte de toda una gama de trastornos psicológicos, cada uno de ellos con unas características patognomónicas especifi-

cas, los cuales tomarán diferentes expresiones en la conducta del niño. Así, según el DSM-IV-TR³ la ansiedad va a aparecer como síntoma importante en la crisis de angustia, la agorafobia, el trastorno de angustia con o sin agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, la fobia específica, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad no especificado. Será, por tanto, fundamental establecer diagnósticos diferenciales estrictos para definir la entidad psicopatológica presente en el niño y el tratamiento más adecuado al caso concreto.

Los tratamientos más comúnmente utilizados en el tratamiento de la ansiedad infantil combinan la psicoeducación del niño y de sus padres, la psicoterapia cognitivo-conductual (u otras según la orientación teórica del profesional), la terapia del sistema familiar y la terapéutica psicofarmacológica. Cada una de ellas tendrá su propio espacio en el *continuum* terapéutico, por lo que una intervención integral deberá ajustar la importancia de cada tipo de tratamiento en función de las características personales y contextuales del niño, del trastorno concreto y de su expresión específica en el niño.

CASO CLÍNICO

Carlos es un niño de 8 años escolarizado en 3.º curso de Educación Primaria en un centro escolar público de una comunidad autónoma del norte de España. Vive con sus padres y tiene dos hermanas mayores que ya han finalizado sus estudios superiores con brillantez. Debido a problemas de adaptación en el colegio y a un evidente fracaso escolar, que en el último curso se saldó con varias asignaturas suspensas, se le derivó al equipo psicopedagógico del centro el cual emitió un informe de evaluación en el que se diagnosticaba a Carlos una superdotación intelectual. A partir de ese momento la presión familiar sobre el niño para que su rendimiento escolar mejorase aumentó significativamente, lo que dio lugar a la aparición en el niño de tics nerviosos,

dolores de garganta, cefaleas tensionales, diarreas y un claro sentimiento de inutilidad por no alcanzar los objetivos que para él han diseñado sus padres.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La depresión infantil tiene una manera de expresarse diferente a la depresión en los adultos a través, principalmente, de síntomas inespecíficos no depresivos^{4,6}: un estado de ánimo irritable o disfórico, así como una disminución de la conducta adaptativa.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la infancia se encuentra en torno al 2% en el caso de la depresión mayor, y entre el 4-7% en el caso de la distimia, aumentando en la adolescencia hasta un 5% la presencia de trastornos depresivos⁷. En la infancia la depresión aparecerá por igual en niños y niñas, mientras que en la adolescencia aparecerá en el doble de casos de chicas que de chicos³.

La etiopatogenia de la depresión es multicausal, con una difícil identificación de la relación causa-efecto, pero podremos distinguir un grupo de causas de origen biológico y otro grupo de causas de origen psicosocial. Entre las primeras tendremos la posibilidad de la heredabilidad de la depresión, en una proporción de 3 a 1 sobre la población general, la hipofunción de la norepinefrina, la hiposecreción de hormona del crecimiento; entre las causas psicosociales tendremos, entre otras, experiencias traumáticas de separación, de pérdida o de desamparo, estilos cognitivos negativos y acontecimientos vitales estresantes¹.

Entre los síntomas depresivos que podremos observar en el niño diferenciaremos entre "síntomas principales" y "síntomas secundarios"⁸. En el caso de los síntomas principales tendremos el estado de ánimo disfórico, con expresiones o muestras de tristeza, soledad, pesimismo y la ideación autodespreciativa, con sentimientos de inutilidad, incapacidad o culpabilidad. En cuanto a los síntomas secundarios, podremos diferenciar conductas agresivas, con facilidad para riñas y poco respeto

a la autoridad, alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, con disminución del esfuerzo habitual en las tareas escolares, socialización disminuida, con retraimiento social, cambio de actitud hacia la escuela, con pérdida de placer en las actividades escolares, quejas somáticas, disminución de la energía habitual y cambios en el apetito o peso habituales. En la infancia se podrá observar que las alteraciones depresivas afectan al niño en los ámbitos de desarrollo e interacción personal, mostrando un gran sufrimiento psicológico; familiar, con un claro deterioro en la relaciones paterno-filiales; escolar, observándose una clara disminución del rendimiento académico y un deterioro progresivo de las relaciones con sus compañeros; y social, tendiendo a aislarse de su familia, amigos y compañeros. Al llegar a la adolescencia se producirán toda una serie de cambios en los esquemas de pensamiento del niño, lo cual dará lugar a que los aspectos cognitivos-pensamientos adquieran una mayor relevancia en la sintomatología depresiva⁶.

La propia expresión de la depresión va a ser diferente en función de la edad del niño¹. Así, en la edad preescolar los trastornos depresivos podrán implicar una alteración típicamente afectiva, formas somatogénicas o formas psicóticas. En la edad escolar podremos observar las depresiones con expresiones de irritabilidad y cambios de humor, y las formas que son continuación de las de años anteriores. En la adolescencia podrán aparecer depresiones endógenas, depresiones neuróticas y depresiones psicóticas.

La depresión es un trastorno con una alta y variable comorbilidad, asociándose frecuentemente a trastornos de ansiedad, agresividad, conductas antisociales y consumo de sustancias⁶.

Las intervenciones psicoterapéuticas en los trastornos depresivos infantiles deben enfocarse desde una perspectiva integradora, tal y como ya hemos visto en el caso de la ansiedad, por sus múltiples facetas y por la variabilidad etiopatogénica que la sustenta. Así, se deberán integrar en el proceso terapéutico la intervención individual y grupal con el niño y su familia, el centro es-

colar, como unidad de referencia para el niño por la cantidad de horas que permanece en el mismo y la diversidad de relaciones sociales que establece, los compañeros y amigos, así como personas adultas relevantes para él. Los tratamientos psicofarmacológicos también deben ser tomados en consideración, habida cuenta de su eficacia en el tratamiento de la depresión en la infancia.

CASO CLÍNICO

María es una niña de 12 años estudiante de 1.º curso

de Educación Secundaria Obligatoria en un instituto privado, que vive con sus padres y un hermano menor en una pequeña ciudad marítima del sur de España. Desde hace una temporada se muestra mucho más irritable que de costumbre, se queja por todo, es desobediente y su rendimiento escolar ha pasado de adecuado a insuficiente. Sus padres están muy preocupados porque desde que empezó a estar más desobediente y quejosa, tiende a encerrarse en el baño, cuando antes nunca lo hacía, y lleva camisetas de manga larga al instituto hasta en días calurosos. Han podido observar varios cardenales en sus brazos y en la cadera,

Bibliografía

1. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología infantil básica. Madrid: Pirámide; 2005.
2. Trull TJ, Phares EJ. Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México: Thomson Learning; 2003.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2001.
4. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología de la edad escolar. Actas del Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría del niño y del adolescente. Zaragoza; 1992.
5. Vázquez-Barquero JL, Herrán Gómez A. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad. Barcelona: Masson; 2006.
6. Méndez Carrillo FX. Depresión en la infancia y adolescencia. Madrid: Klínic; 1999.
7. Doménech E, Subirá S, Cuxart F. Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía J (dir). Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales. Madrid: Pirámide; 1996.
8. Weinberg WA, Rutman J, Sullivan L, Pencik EC, Dietz SG. Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. Preliminary report. *J Pediatr*. 1973;83:1065-72.