

FACETAS DE UN SÍNDROME PSIQUIÁTRICO

María Jesús Mardomingo, 2020

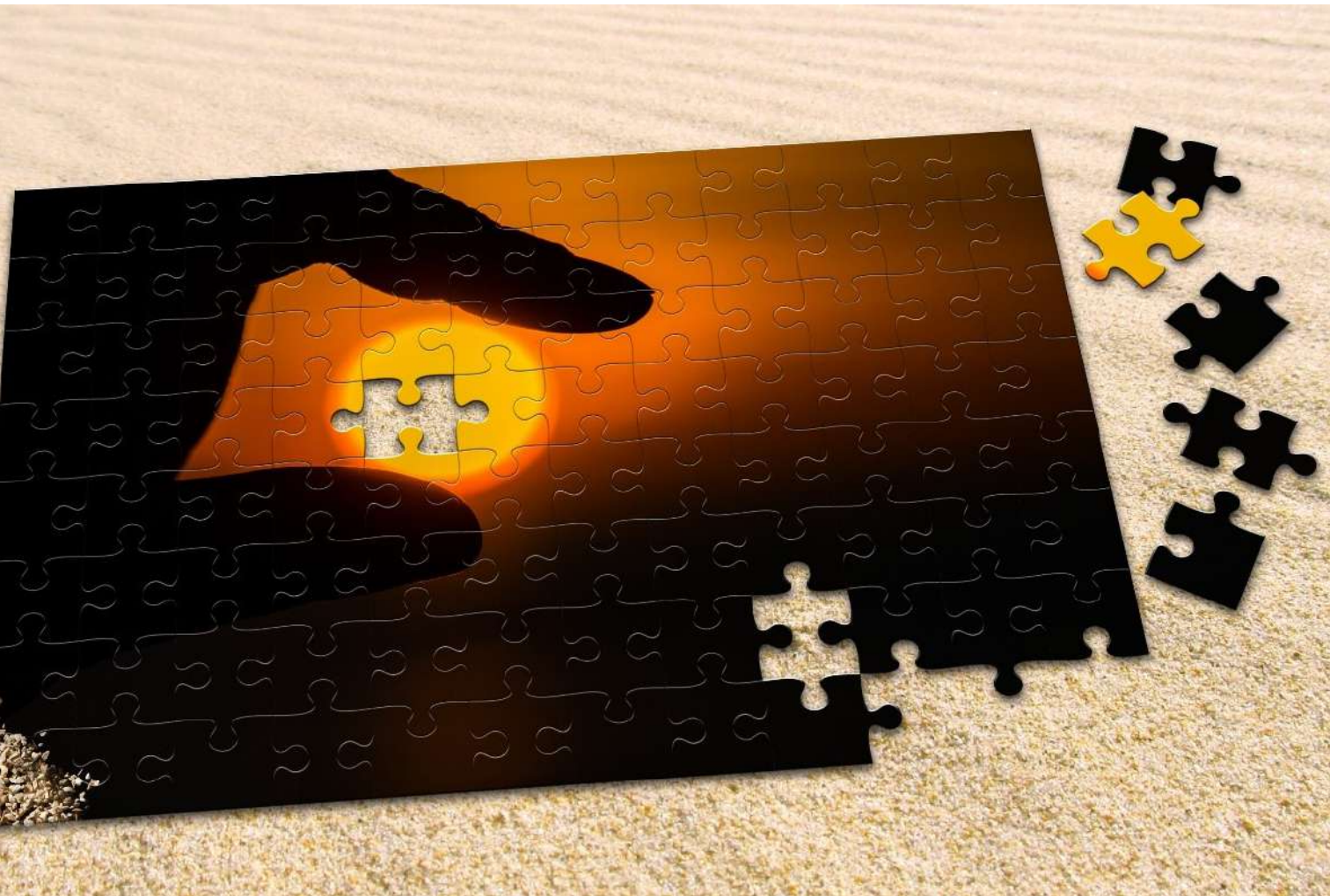
www.MardomingoPsiquiatriaInfantil.es

Facetas de un síndrome psiquiátrico

La psiquiatría es una especialidad médica y las enfermedades psiquiátricas se pueden describir con el mismo esquema que cualquier otra enfermedad médica o pediátrica como la neumonía o el sarampión. Se acota el área de estudio con una definición inicial. Se recuerda su historia, y se ubica en la clasificación de las enfermedades. La epidemiología es muy útil para que la Sanidad Pública distribuya adecuadamente los recursos. Conociendo sus causas podemos comprender mejor los síntomas que tiene el paciente para hacer un buen diagnóstico que guía la terapia adecuada. Permite también al paciente comprender lo que le pasa, algo fundamental en las enfermedades psiquiátricas. Explicar al paciente el curso y pronóstico de la enfermedad que sufre le permite ajustar las expectativas a lo que le espera y comprender que no es esclavo del destino, sino que su salud depende de él y de cumplir bien su tratamiento.



INTRODUCCIÓN



En medicina el estudio de cualquier enfermedad exige el analizar sistemáticamente distintas facetas que son comunes en su estructuras y distintas en su contenido. Básicamente son las mismas para las enfermedades medicas que para las enfermedades psiquiátricas.

Las secciones más comunes que se utilizan para describir los síndromes psiquiátricos son las siguientes:

- Definición
- Historia
- Clasificación
- Epidemiología
- Clínica
- Comorbilidad
- Curso
- Pronóstico
- Diagnóstico
- Evaluación
- Tratamiento
- Psicoterapia
- Farmacoterapia



1. Definición



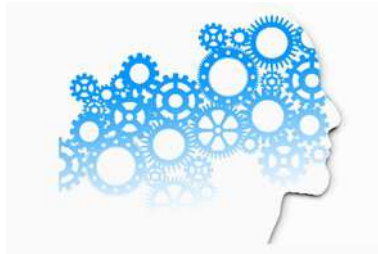
2. Historia



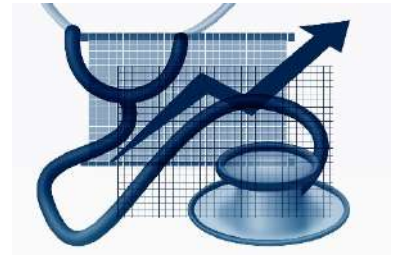
3. Clasificación



4. Epidemiología



5. Etiopatogenia



6. Clínica



7. Comorbilidad



8. Curso



9. Pronóstico



10. Diagnóstico



11. Evaluación



12. Tratamiento



13. Psicoterapia



14. Farmacoterapia

1. Definición



Para describir cualquier enfermedad, pediátrica o psiquiátrica, lo primero que hay que hacer es definirla. No se trata de una simple definición de diccionario, sino de una descripción que enmarque el trabajo de análisis de las distintas facetas que la componen. Veamos, **por ejemplo, cómo se puede definir la ansiedad** en el ámbito epistemológico de la psiquiatría infantil.

La palabra ansiedad viene del latín *anxia* derivado de *ángere* que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales.

Las respuestas de ansiedad y miedo han jugado un papel primordial en la evolución de la especie, como mecanismos de defensa y alerta frente a los peligros ambientales. La ansiedad, como otros instintos básicos, se pone en marcha ante los peligros inmediatos y tiene el carácter de respuesta adaptativa imprescindible para salvaguardar la integridad del individuo y para asegurar la sobrevivencia de la especie. La respuesta de ansiedad o angustia se produce mediante la estimulación del sistema nervioso simpático y mediante la liberación de catecolaminas

La ansiedad patológica se caracteriza por ser desproporcionada frente a la realidad ambiental, o por presentarse, sin que exista ningún factor ambiental que la justifique. La ansiedad patológica implica una intensa sensación de malestar, sin causa objetiva que lo justifique, con sentimientos de temor y aprensión respecto a acontecimientos desgraciados que pudieran suceder. Así como el miedo se caracteriza porque surge frente a estímulos concretos, la ansiedad tiene como característica consustancial la anticipación del peligro. El paciente percibe que algo grave va a suceder lo que pone

al organismo en estado de alerta, desencadenándose los mecanismos neurofisiológicos y cognoscitivos de respuesta al estrés. Estos mecanismos son similares tanto en las situaciones de miedo como en las de ansiedad, pero se diferencian en la intensidad y sufrimiento que producen y en la duración.

La ansiedad surge ante estímulos que se perciben como peligrosos y constituyen una amenaza externa: tener un accidente, contagiarse de una enfermedad o suspender los exámenes son algunos ejemplos, pero la ansiedad también puede surgir por vivencias internas, recuerdos, emociones e imágenes que ponen en marcha los mismos mecanismos fisiológicos de alerta y defensa.

La ansiedad se manifiesta en cuatro grandes grupos de síntomas: neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales, y conductuales, tal como se verá más adelante. Los síntomas neurovegetativos pueden abarcar la mayoría de los órganos, desde la piel al corazón. Los síntomas cognitivos surgen de la percepción que el sujeto tiene de la vida y del análisis e interpretación que hace de los acontecimientos. Las emociones y la memoria aportan, por su parte, el contenido afectivo de la experiencia concreta y, por último, las características temperamentales y la educación recibida influirán en cómo la ansiedad se manifiesta en el comportamiento.

La ansiedad que surge ante el temor de que algo malo suceda a uno mismo o a los demás, se expresa en respiración anhelante, taquicardia, dolor torácico, dolor abdominal, pánico a perder el juicio y volverse loco, terror a morir o a realizar un acto incontrolable, o en pensamientos e imágenes que se repiten en la conciencia de forma imperativa, una y otra vez, sin que se puedan evitar. En la vertiente motriz se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor o, por el contrario, en inhibición motriz. Las manifestaciones corporales pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas.

La ansiedad puede ser una experiencia humana normal, puede formar parte del cuadro clínico de otras enfermedades pediátricas y de otros trastornos psiquiátricos y puede constituir un auténtico trastorno, cuando la angustia es el síntoma predominante y tiene claras repercusiones en el bienestar personal y social del niño. El diagnóstico de un trastorno de ansiedad tendrá por tanto en cuenta la adecuación o no adecuación de los síntomas a

la edad, su gravedad, el grado de perturbación que producen en el niño y la repercusión en su adaptación a la vida diaria.

2. Historia



La historia ilustra las vicisitudes y dificultades que las enfermedades psiquiátricas de los niños han tenido que superar en el ámbito social y científico hasta ser reconocidas como tales. También permite reflexionar sobre las distintas hipótesis etiológicas que se han planteado a lo largo del tiempo y entender de este modo la evolución del pensamiento científico y del devenir de la psiquiatría, la neurología, la pediatría y la medicina en general, en los tres últimos siglos. Nos permite conocer cómo se configuró el concepto científico de las enfermedades psiquiátricas que afectan a los niños y adolescentes y cómo surgieron los criterios diagnósticos y las recomendaciones terapéuticas, un conocimiento siempre inacabado, como es propio de la ciencia, que tiene como característica fundamental el cuestionar sus planteamientos, siempre a la búsqueda de un mayor rigor y una mayor certeza. Ilustremos la importancia de la historia para conocer, **por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo.**

A lo largo del siglo XIX tienen lugar dos hechos fundamentales que contribuyen de modo substancial a establecer un nuevo concepto del fenómeno obsesivo. Por una parte, las obsesiones se distinguen y separan de los delirios dejando de formar parte de la “*insania*” o “*locura*”, es decir de la esquizofrenia, y por otra, las compulsiones se diferencian de los impulsos, diferencia cuyas características siguen aún en discusión en nuestros días. También a lo largo del siglo XIX, las teorías psicológicas considerarán las obsesiones como un trastorno volitivo (Esquirol, 1838), emocional (Morel, 1866) e intelectual (Westphal, 1877) respectivamente. La teoría emocional logrará el mayor predicamento y, a principios del siglo XX, el fenómeno obsesivo quedará ubicado dentro del ámbito de las neurosis.

La búsqueda de un substrato orgánico para las obsesiones centra su interés a partir de 1860 en el sistema nervioso autónomo, el flujo sanguíneo cerebral y el sistema cerebroespinal. No deja de ser interesante que los estudios del flujo sanguíneo regional cerebral, con técnicas de neuroimagen constituyen una de las vías más interesantes de investigación del TOC en nuestros días. Es también en la segunda mitad del siglo XIX cuando se abordan las relaciones entre obsesiones y depresión, y entre obsesiones y otros trastornos de ansiedad. Legrand du Saulle (1875) describe algunas de las características más típicas del trastorno como la asociación con sintomatología depresiva, el comienzo durante la infancia, el carácter en ocasiones insidioso del inicio, el curso clínico fluctuante y los cambios en la sintomatología. Destaca también determinadas características de personalidad propias de los pacientes y el predominio de la clase social alta, sin duda debido a que los pobres no tenían oportunidades de consultar por este tipo de problemas. Du Saulle describe con gran precisión los pensamientos irresistibles que se acompañan de sentimientos de duda, y generan intensos niveles de ansiedad, que a su vez darían lugar a las compulsiones y rituales. La sintomatología puede ser tan grave que empuje al sujeto al suicidio.

Corresponde a Legrand du Saulle la primera referencia histórica al TOC en los niños y quien reconoce la existencia de este trastorno en la infancia. En el año 1903, Pierre Janet (1859-1947) describe un cuadro obsesivo-compulsivo en un niño de 5 años, subrayando cómo el paciente se siente impedido a verificar “*su honestidad, limpieza, higiene, percepciones y lo que acaba de hacer*”, sin sentirse nunca satisfecho. Janet destaca también una de las características clínicas más específicas y que contribuye a dificultar el diagnóstico del trastorno: la tendencia del paciente a mantener en secreto los síntomas que le afligen, consciente de la rareza de lo que le sucede. Esta tendencia al secretismo le diferenciará claramente de la tendencia a la exteriorización del paciente histérico.

En su obra, *Les obsessions et la psychasthénie*, Janet considera que el fenómeno obsesivo abarca un todo continuo que va desde el “*sentimiento de imperfección personal*”, a las “*agitaciones forzosas*” que consisten en rumiación de los pensamientos y otras operaciones mentales repetitivas, para terminar en el cuadro más grave de las obsesiones y compulsiones. Podrían así distinguirse tres fases o estados. La primera es la fase psicasténica, que se

corresponde en gran medida con el concepto actual de trastorno de personalidad compulsiva. La segunda fase es la de las *agitaciones forzosas*, que se manifiesta en rituales de orden y simetría, comprobaciones compulsivas y rumiaciones. Las agitaciones forzosas tienen como objetivo compensar el sentimiento de duda e incertidumbre que es la esencia de la fase psicástica. Por último, la tercera fase es la de las obsesiones y compulsiones propiamente dichas, entendiendo por tales los pensamientos e impulsos, que no se pueden evitar y acaban dominando la vida del sujeto.

La hipótesis fundamental de Janet consiste en la existencia de una tensión psicológica, cuya intensidad depende del lugar que ocupa en la jerarquía de los fenómenos psíquicos. En la cumbre de la actividad psíquica se sitúa la actividad voluntaria y el sentido de lo real, después vendría la actividad desinteresada, luego las funciones imaginarias y, por último, las reacciones emocionales viscerales y los movimientos musculares inútiles. Es decir, la volición, el raciocinio, el altruismo, la imaginación y los instintos. En algunos casos no es posible realizar la síntesis que conduce al sentido de lo real y a la acción voluntaria produciéndose la dispersión en imágenes, abstracciones, sueños y dudas. Esta descripción de Janet además de su belleza literaria tiene un gran significado clínico.

Antes que Janet, en 1866 Morel describió los estados obsesivos como una forma de "*delirio emotivo*" es decir, como una enfermedad de las emociones de tal manera que el énfasis puesto por Esquirol en el trastorno de las funciones intelectuales se traslada a la afectividad, y la compulsión se considera "*un estado afectivo exaltado*". Pitres y Regis (1902) insistirán en el trastorno emocional y ansioso de la obsesión.

Poco después de la descripción de Janet, Augusto Vidal Perera, catedrático de psiquiatría infantil en Barcelona, publica su *Compendio de psiquiatría infantil* en el año 1908, y dedica el capítulo 19 a las "*Obsesiones e impulsiones*", convirtiéndose en pionero de este tema. Vidal Perera considera que cuando una idea arraiga potentemente y arrastra en pos de sí toda la actividad psíquica, motiva un estado obsesionante, para llegar como resultado a un acto irresistible. "*El individuo bajo la presión de alguna obsesión impulsiva, se ve imperiosamente arrastrado a la ejecución de actos ante los cuales la voluntad es impotente*". El autor señala el carácter irreprímible de la obsesión, su poder

invasor de la actividad psíquica, la imposibilidad del sujeto de liberarse y el desencadenamiento de actos compulsivos que tienen como finalidad disminuir la tensión.

En el año 1935, Leo Kanner, uno de los grandes impulsores de la psiquiatría infantil en el siglo XX, publica su *Child Psychiatry*, que se seguirá de sucesivas ediciones. Kanner aborda también el fenómeno obsesivo en la infancia y destaca el aislamiento de los niños que tienen obsesiones, la tendencia de los padres a implicarse en los rituales y actividades compulsivas y la similitud de ciertos comportamientos compulsivos con los tics. Kanner considera que los padres ejercen una educación basada en el perfeccionismo, con excesiva exigencia sobre los hijos, circunstancia que no se ha confirmado después. Otras dos características típicas del TOC las refiere Louise Despert en su trabajo *Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children*, publicado en el año 1955; la aguda conciencia que tienen los niños de la anormalidad de su trastorno y la tendencia a ocultar los síntomas.

3. Clasificación



Clasificar las enfermedades no es una tarea fácil, pero es fundamental en medicina, ya que requiere preguntarse por su naturaleza, por las características básicas que las definen, cómo se sistematizan, cómo se ordenan y en función de qué criterios o principios se hace. La *American Psychiatric Association* (APA) publicó en 1952 la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) proponiendo un sistema claro de las categorías diagnósticas para crear un marco estable y objetivo que permitiera a los clínicos e investigadores diagnosticar e investigar las enfermedades psiquiátricas. Ha mantenido su utilidad a lo largo del tiempo. En el año 2014 apareció su quinta edición.

Sus criterios son básicamente clínicos, aunque en algún caso adopta un enfoque etiopatogénico. No hay que perder de vista que las clasificaciones tienen también una vertiente administrativa encaminada a determinar, entre otras cosas, qué prestaciones recibirá el paciente y por cuanto tiempo en función del diagnóstico que reciba, lo que es de enorme importancia en países que no tienen un sistema público de salud. Esto quiere decir que las clasificaciones actuales están también sometidas a la influencia de grupos de presión, ajenos a la ciencia, que pueden favorecer o por el contrario perjudicar a los pacientes y a la calidad de la práctica médica. Es decir, se llevan a cabo por seres humanos.

La clasificación de los trastornos psiquiátricos que se basa en la clínica tiene un carácter descriptivo, y busca identificar síntomas cardinales que definan el trastorno. Este enfoque es adecuado cuando hay síntomas psiquiátricos con características bien definidas, como la fobia a los animales o las autoagresiones, pero tiene inconvenientes cuando el síntoma no está bien delimitado o forma parte de varios trastornos, como por ejemplo la

ansiedad o la inquietud. Esto ocurre también en la medicina general con síntomas como la fiebre o la hipertensión. Por si fuera poco, se da la circunstancia de que los trastornos psiquiátricos no siempre tienen unos límites precisos entre sí.

Las clasificaciones que se basan en la etiología requieren, por su parte, que se conozcan las causas y mecanismos de las enfermedades, que es y ha sido el gran desafío de la medicina de todos los tiempos, y que ha recibido un gran impulso en las últimas décadas gracias a los avances de la biología molecular, la genética y las técnicas de diagnóstico por la imagen.

No hay que olvidar que muchos procesos patológicos responden a una etiología multifactorial, que un mismo agente causal puede dar origen a más de un cuadro clínico, y que la evolución, el pronóstico y el tratamiento dependen no solo del agente causal y de la naturaleza y características de la enfermedad, sino también de las circunstancias ambientales del paciente.

La clasificación de las enfermedades psiquiátricas debe atender a los siguientes criterios:

- Basarse en hechos y no en conceptos, y por tanto definirse en términos operativos.
- Tener como objetivo clasificar enfermedades y no personas.
- Poder aplicarse a toda la infancia y adolescencia, haciendo constar los trastornos propios de cada edad cuando los hay.
- Ser fiables y por tanto susceptibles de ser aplicadas por distintos especialistas.
- Permitir una correcta diferenciación de los trastornos, es decir, permitir distinguir unos trastornos de otros.
- Ser lo suficientemente amplia como para incluir los trastornos fundamentales.
- La diferenciación de unos trastornos de otros debe tener validez, es decir, debe basarse en criterios objetivos como la etiología, el cuadro clínico, la evolución, el pronóstico y la respuesta al tratamiento.
- Tener consistencia y por tanto basarse en un conjunto de principios bien definidos y con unas normas claramente establecidas.

- La información que contienen debe servir para el diagnóstico del paciente y para tomar decisiones terapéuticas en la práctica diaria.

Es evidente que cumplir todos estos criterios entraña una gran dificultad para las clasificaciones psiquiátricas; no obstante, éste es el punto de mira y el objetivo al que se debe aspirar.

Como se decía antes, una clasificación tiene que ser útil para la práctica clínica contribuyendo al buen diagnóstico y correcto tratamiento de los pacientes. Este enfoque, que adopta el DSM, implica el que se tengan en cuenta las características personales del paciente y los factores existenciales, familiares y ambientales que configuran su realidad y que son imprescindibles para entender el cuadro clínico y el comportamiento. Para lograrlo el médico tiene que adoptar un juicio crítico.

Un juicio crítico apropiado tendrá en cuenta, por ejemplo, el cociente intelectual del niño y de la madre, el nivel cultural y económico de la familia y el lugar de residencia. Esta orientación ha llevado al DSM a adoptar un **enfoque multiaxial** que permite incluir en la evaluación del paciente, datos que no forman parte del cuadro clínico, pero que son imprescindibles para emitir un pronóstico y establecer estrategias terapéuticas apropiadas.

Los desafíos actuales del DSM y de la CIE pueden resumirse de la siguiente forma:

- Ubicar el concepto de trastorno psiquiátrico en el modelo médico, incorporando al marco nosológico datos neuroquímicos, de imagen y genéticos.
- Dedicar especial atención a las controversias sobre la “medicalización” de la emoción, la cognición y la conducta y a la interpretación de variables que contienen un alto componente subjetivo y cultural, como “normal” o “anormal”.
- Aclarar el concepto de tratamiento, qué características debe cumplir para realmente serlo y cuáles son los modos más idóneos para establecer su eficacia y su aplicación.

Estos tres retos son el armazón y el alma de muchas de las diatribas sobre las enfermedades psiquiátricas de niños y adolescentes.

4. Epidemiología



Los estudios epidemiológicos tienen como objetivo **determinar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en la población general** y son fundamentales para validar la existencia real de esos trastornos frente a la afirmación de que no existen, así como para hacer planes de atención sanitaria de la población.

Los estudios epidemiológicos al estudiar la incidencia y prevalencia de los trastornos psiquiátricos en una población total de niños y adolescentes permiten la identificación de factores predisponentes para padecer un trastorno en el medio familiar, escolar o social. Sirven también para identificar aquellos trastornos que se dan fundamentalmente en la infancia y aquellos que se originan a partir de la adolescencia

La observación de un aumento del número de niños y adolescentes que acuden a la consulta por alguna enfermedad psiquiátrica plantea la pregunta de si se ha producido un incremento de su incidencia y prevalencia en las últimas décadas. El que se diagnostique en la práctica clínica un mayor número de niños de un determinado trastorno puede deberse a diversas causas:

- A factores ambientales que intervienen en la etiopatogenia, cuya frecuencia es mayor y que incluso han pasado a formar parte del estilo de vida de la población. Por ejemplo, el que las mujeres fumen durante el embarazo, una circunstancia bastante rara hace sesenta años en nuestro país, es un factor de riesgo de que el niño sufra TDAH.
- A la mejor formación y preparación de los médicos de niños que son capaces de detectar el cuadro clínico y de hacer correctamente el diagnóstico.

- A la mejoría de la educación sanitaria de la población, especialmente de los padres y profesores, que conocen la existencia de las enfermedades psiquiátricas más comunes y cuáles son sus síntomas fundamentales y lo identifican como una enfermedad susceptible de ser tratada.
- A factores ajenos a la medicina como intereses espurios de médicos, psicólogos, compañías farmacéuticas etc.

Desde el punto de vista de la investigación, las diferencias en los resultados de los estudios epidemiológicos son atribuibles fundamentalmente a dos razones: bien a que haya diferencias geográficas en las tasas de prevalencia o bien a que se trate de cuestiones metodológicas. Una manera de obviarlo es, por un lado, unificar la metodología y, por otro, hacer trabajos de revisión y metaanálisis de numerosos estudios de los que se pueda extraer conclusiones válidas y fiables.

La epidemiología de la depresión es un buen ejemplo para estudiar las causas de un aumento de las tasas de prevalencia. A lo largo del siglo XX se ha constatado un aumento paulatino de las tasas de depresión en la población general, con un descenso de la edad de comienzo de los síntomas, de tal forma que la depresión ha dejado de ser una enfermedad exclusiva de los adultos para pasar a serlo también de los adolescentes y los niños.

Las características de la vida moderna, que aleja a los seres humanos de su medio ambiente natural en contacto con la naturaleza y con relaciones personales y sociales intensas, se correlacionan con un mayor riesgo de depresión, enfermedades metabólicas y cardiovasculares y enfermedades crónicas. Existe una correlación que tiende a ser significativa ($p= 0,06$) entre vida moderna, medida en producto interior bruto per cápita, y depresión. La enorme discrepancia entre el medio natural propio de la especie y el estilo de vida moderno de los países desarrollados, explican, en opinión de algunos autores, esta tendencia progresiva a sufrir un mayor número de enfermedades. El desarrollo económico se acompaña de soledad, desigualdad, insignificancia social, competitividad, injusticia y falta de contacto social, así como obesidad, alimentación inadecuada, vida sedentaria, carencia de sol y pocas horas de sueño, que se traducen en alteraciones metabólicas y mayores tasas de depresión.

La tasa anual de depresión pasó en Estados Unidos de 3,33% en 1991 a 7,06% en 2001. En Canadá la probabilidad de sufrir depresión se multiplicó 6-8 veces en jóvenes adultos entre 1938 y 2007. Los ciudadanos chinos nacidos en 1966 tienen una probabilidad 22,4 veces mayor de sufrir depresión que los que nacieron en 1937, una observación que también se constata en otras regiones geográficas como África. Por tanto, el estilo de vida y los valores contemporáneos inciden en la prevalencia de la depresión y contribuyen a aumentarla.

La prevalencia e incidencia de la depresión en el niño y adolescente varían de unos estudios a otros, dependiendo de determinadas variables como los criterios diagnósticos aplicados, el tamaño de la muestra estudiada, la edad, el carácter ambulatorio u hospitalario de los pacientes, el que se trate de un grupo pediátrico o bien afectado de trastornos psiquiátricos o procedente de la población general.

Los primeros trabajos se realizaron en los años 80 con resultados en la población general del 0,3% en la edad preescolar; 1,8% de depresión mayor y 6,4% de trastorno distímico en escolares y 1,9% en niños en edad escolar, aumentando a un 4,9% en adolescentes de 14 a 16 años. Se observa por tanto un progresivo aumento de las tasas de depresión en función de la edad. Estos datos se confirman en estudios epidemiológicos posteriores con cifras de 1-2% en los niños y 3-8% en adolescentes, con una prevalencia de vida del 20% al final de la adolescencia.

En otros estudios españoles la prevalencia de depresión mayor es de 1,8% en niños de 9 años, 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y 3,4% en jóvenes de 18 años. La prevalencia en preescolares es de 1,12%. Otros trabajos refieren tasas de prevalencia en los adolescentes del 5% de depresión mayor y sintomatología depresiva en torno al 10,3%, que es de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%.

Las investigaciones en muestras clínicas obtienen los siguientes resultados: un 7% de los niños con enfermedades pediátricas padece depresión, cifra que asciende a un 40% en los que sufren cefaleas. En niños de 1 a 16 años que acuden en régimen ambulatorio a consulta de psiquiatría infantil la tasa de prevalencia de depresión es del 3,5%. En pacientes con trastornos psiquiátricos en régimen ambulatorio Bauersfeld (1972) obtiene un 13,70%,

Weinberg *et al.* (1973) un 58%, y Carlson y Cantwell (1980) un 28%. En pacientes ingresados con trastornos psiquiátricos los porcentajes de depresión son de un 23% en el Reino Unido (Pearce, 1977) frente a un 59% en Estados Unidos. Otros trabajos en muestras de pacientes ingresados dan un 28% de trastornos depresivos en los adolescentes con patología psiquiátrica (Robins *et al.*, 1980) y un 13% (Kashani *et al.*, 1982) y 15% respectivamente (Kazdin *et al.*, 1983) en los niños en edad escolar.

La disparidad de los resultados de estos estudios se debe a cuestiones metodológicas, aunque queda claro que la depresión existe en la infancia, aumenta con la edad y afecta más a las mujeres que a los hombres a partir de la pubertad.

La prevalencia de la depresión en la infancia es igual en los niños que en las niñas experimentando un aumento en las mujeres a partir de la pubertad con una ratio M/V de 2/1 a 3/1 que persiste en la vida adulta. Esta diferencia respecto al sexo se atribuye a factores genéticos, con una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al estrés; cambios hormonales de la pubertad con aumento del estrógenos en las mujeres; diferencias en la comorbilidad pues las mujeres sufren más ansiedad que favorece la sintomatología depresiva, mientras que los hombres sufren más trastornos del comportamiento; diferencias cognoscitivas entre ambos sexos, y factores educativos y culturales que favorecen que las mujeres reaccionen con depresión y ansiedad ante las vicisitudes de la vida mientras que los hombres lo hacen con agresividad y violencia.

El aumento de la depresión en los niños y adolescentes a lo largo del último medio siglo puede relacionarse con los profundos cambios sociales y familiares experimentados en este tiempo, especialmente la transformación del modelo de familia, la competitividad como eje de la vida personal que anula otras dimensiones de la existencia y la exposición permanente de los jóvenes a unos medios de comunicación de masas que favorecen la alienación del individuo. Se ha producido un cambio del énfasis en valores interiores como la honradez, el mérito, la compasión y la generosidad, a favor de valores externos como la apariencia, el éxito fácil, el arribismo y el dinero. No cabe duda de que los niños y los adolescentes son los sujetos más vulnerables a este tipo de influencias.

Otro factor que contribuye es el aumento general de problemas psicopatológicos en la población, como los trastornos de ansiedad y el abuso de drogas, dos trastornos que con mucha frecuencia se asocian a depresión.

5. Etiopatogenia



Conocer las causas y mecanismos de las enfermedades psiquiátricas es uno de los grandes objetivos de la investigación de nuestro tiempo, pues en la medida en que se conozca la etiopatogenia, será posible poner en marcha medidas de prevención y tratamiento eficaces y, aún más, será posible entender el qué y el porqué de los trastornos psiquiátricos.

La investigación en las últimas décadas sobre las enfermedades psiquiátricas de niños y adolescentes puede calificarse de intensa y extensa. Se publican numerosos trabajos que abarcan las áreas fundamentales de estas enfermedades, los mecanismos genéticos y hereditarios, el papel del ambiente, la interacción genes-ambiente, las estructuras anatómicas implicadas, las redes y mecanismos de neurotransmisión, los factores inmunes, los tratamientos farmacológicos y de psicoterapia, el papel de los padres, el colegio y el barrio etcétera. Integrar todos estos datos en una explicación global de cada enfermedad psiquiátrica es uno de los grandes retos de la psiquiatría infantil actual y da idea de la complejidad de las causas y mecanismos de las enfermedades psiquiátricas. Un aspecto fundamental es entender cómo genes y ambiente interactúan, cómo lo hacen a lo largo de la vida y cómo las decisiones individuales configuran la personalidad y, de alguna, forma el destino.

Desde el punto de vista de la herencia, un tema que tanto interesa a las familias, el TDAH es un ejemplo muy ilustrativo. Se trata de un trastorno del neurodesarrollo con un alto componente hereditario, correspondiendo a los genes un 70-80% de la varianza. Se trata de numerosos genes y cada uno aporta una pequeña parte del efecto total. Pero no se trata de genes aislados, sino de genes que interactúan entre sí y con los factores ambientales determinando la vulnerabilidad individual a sufrir el trastorno.

Respecto a los factores ambientales cada vez se conocen mejor. Son factores que actúan durante el embarazo (tabaco, alcohol, estrés, infecciones, prematuridad), los primeros años de vida (maltrato, abandono, desnutrición, conflictos familiares), y estos mismos y otros, más adelante, cuando serán además factores de buen o mal pronóstico, que marcarán la evolución hasta la vida adulta. Es el caso de la adversidad psicosocial, la pobreza, los conflictos y la violencia en la familia o la incapacidad de los padres para entender las pautas de tratamiento del hijo y de llevarlas a cabo.

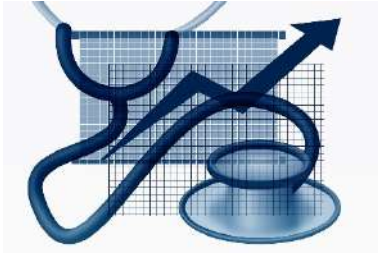
Las circunstancias ambientales adversas prenatales y postnatales interactúan con factores de vulnerabilidad genética, como ciertos polimorfismos, y contribuyen bien a que se ponga en marcha el trastorno o a que una vez que existe empeore el pronóstico. Lo que no se ha demostrado es que los factores familiares y sociales den origen por sí solos a la mayoría de las enfermedades psiquiátricas que sufren niños y adolescente. Mientras los estudios de investigación no lo demuestren no se puede afirmar que las enfermedades psiquiátricas sean simplemente una consecuencia de la mala educación recibida o de los problemas de la familia.

Investigar las causas y mecanismos de las enfermedades psiquiátricas tiene además otra vertiente fundamental: lo importante que es para los padres y para el propio paciente que desean saber a qué se debe lo que les sucede, pues saber significa empezar a comprender. A veces los padres creen que ellos son los únicos responsables del trastorno del hijo, se culpan y consideran que poco pueden ya hacer. Otras veces es el niño o el joven el que piensa que el culpable es él o, por el contrario, que él nada tiene que ver ni con la causas ni con los remedios.

La metodología de la investigación ha avanzado extraordinariamente en fiabilidad y variedad de medios, pero los retos y desafíos son numerosos. Los estudios de imagen destacan el papel de los circuitos y estructuras cerebrales que regulan la atención, cognición, emoción y funciones sensoriomotoras, un papel que por otra vía confirman los estudios neurofisiológicos, al constatar alteraciones del electroencefalograma (EEG), y los hallazgos neuroquímicos con alteraciones de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, adrenérgico y colinérgico.

En el TDAH, una de las enfermedades psiquiátricas más conocida y estudiada, la corteza prefrontal es una de las áreas de asociación que regula la atención y la toma de decisiones que se traduce en comportamiento, una estructura cerebral que tiene amplias conexiones con la corteza sensorial, corteza motora, ganglios basales y cerebelo. Por otra parte, para que la corteza prefrontal funcione correctamente tienen que ser normales los niveles de catecolaminas, especialmente dopamina y noradrenalina, dos neurotransmisores cuyos genes reguladores están alterados. De forma similar los tratamientos farmacológicos que mejoran el cuadro clínico actúan modificando estos neurotransmisores. La complejidad de conexiones e interconexiones que se dan en las enfermedades psiquiátricas es enorme.

6. Clínica



Conocer la clínica de una enfermedad es la condición imprescindible para ejercer la medicina, pues no es posible diagnosticar lo que no se conoce. Esto es aún más relevante en el caso de los trastornos psiquiátricos, en los que la información fundamental para el diagnóstico la proporciona el paciente y en el caso de los niños y adolescentes la proporciona el paciente, los padres u otros adultos responsables y el colegio.

Desde el punto de vista clínico las enfermedades psiquiátricas son complejas pues los síntomas fundamentales se acompañan con frecuencia de otros, que pueden manifestarse antes, durante y después, e inducir a error. Si los padres de un niño le llevan a la consulta de psiquiatría infantil porque su rendimiento escolar es anormalmente bajo, la causa puede ser problemas de aprendizaje debidos a una dislexia, o a un cociente intelectual en el límite, o a una depresión, o a un TDAH. O pueden notarlo distraído y absorto y pensar que se debe a que es tímido, retraído o ansioso, o a que se siente rechazado por los compañeros, o a que está preocupado porque la madre sufre una enfermedad crónica.

La relación médico-paciente, tal como ha sido concebida en la sociedad occidental, ha configurado y está presente en la psiquiatría de nuestro tiempo y debe ser objeto de investigación científica. Merece la pena recordar algunas de sus características y tal vez recuperar y actualizar sus aspectos más relevantes y significativos en la adecuada atención al paciente, máxime cuando se trata del adolescente y del niño.

La historia de la relación médico-paciente cuenta con un ilustre historiador en la medicina española, el profesor y académico Pedro Laín Entralgo que publicó en 1964 su obra *La relación médico-enfermo* en la que

profundiza sobre algunas de los conceptos de su obra anterior, *Teoría y realidad del otro*.

La relación médico-enfermo constituye la base del quehacer médico, de tal forma que el contacto inmediato con el paciente es imprescindible para una práctica humana del arte de curar. La vinculación que se establece entre el médico y el paciente surge de una circunstancia bien definida: un hombre intenta prestar ayuda a la necesidad de otro. Para Laín Entralgo el binomio menester-amor constituye el fundamento genérico de esta vinculación y el hecho de que la necesidad de ayuda se llame "enfermedad" y el acto de ayuda "asistencia médica", le confieren su especificidad técnica. No hay que olvidar que la palabra "asistencia", viene de "ad-sistere", detenerse junto a otro, y la palabra "clínica" procede etimológicamente del latino "clinicus", que significa "el que visita a quien guarda cama", y éste, por su parte, del verbo "clino": "inclinarse", "ladear", lo mismo que el griego que lo antecede, "Klinein" o inclinación. El médico por tanto visita al enfermo, se detiene junto a él y se inclina para estudiar su enfermedad.

Dos utopías han pretendido quitar a la relación con el enfermo su carácter inmediato: la mentalidad mágica y la mentalidad técnica. La mentalidad mágica supone que el contacto directo con el paciente no es necesario para curarlo. La mentalidad técnica propia de nuestro tiempo sueña con la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento basados en métodos puramente objetivos. Sin embargo, ha sido la medicina del mundo moderno la que ha reivindicado el contacto personal con el enfermo, la personalización de la enfermedad, como imprescindible para un quehacer médico correcto.

La entrevista con los padres es sin duda una parte imprescindible del proceso diagnóstico. Son los padres los que desean consultar y la opinión del médico se basará en gran medida en lo que ellos cuenten. Lo ideal es que el padre y la madre estén presentes cuando se hace la historia clínica pues no solo la información es más completa y se conocen las dos opiniones, sino que ambos se implican desde el primer momento en la resolución del problema del hijo. La presencia de madre y padre es especialmente necesaria si hay discrepancias entre ellos. No es inusual que uno de ellos considere que lo que le pasa al hijo no tiene importancia: Otras veces uno acepta el diagnóstico, pero el otro se muestra ambiguo, es reticente a la medicación o

a la dosis de fármaco y no se implica en el tratamiento. Esta última circunstancia es más frecuente cuando los padres están separados y el divorcio ha sido conflictivo. Uno de ellos se niega a darle la medicación cuando el hijo está con él, o le administra dosis inferiores a las recomendadas, o no acude a las consultas.

Cuando el padre o la madre no pueden asistir el primer día de consulta es conveniente que lo haga acompañando al niño en otro momento. En cualquier caso, es muy recomendable que el juicio diagnóstico se dé a madre y padre juntos, más aún, si están separados o hay discrepancias respecto al hijo. En estos casos el informe clínico debe ser el mismo para cada uno de ellos. También hay que tener en cuenta las características del medio cultural de la familia.

La entrevista tiene como objetivo conocer el motivo de consulta, los síntomas que preocupan a los padres, su evolución, las etapas del desarrollo del niño, la adaptación al colegio y el rendimiento académico, los antecedentes familiares, las preocupaciones de la familia, el significado que se atribuye a los síntomas, las consultas que se han llevado a cabo, las medidas adoptadas y su eficacia, las características de la interacción familiar y los criterios educativos de los padres. Se comprende que la entrevista con los padres es el punto de partida de cualquier diagnóstico de los niños y adolescentes.

La entrevista es también una oportunidad excelente para establecer una **relación de confianza médico-padres** que tendrá desde el principio un carácter terapéutico. Algunas familias siguen un recorrido de consultas, médicos y supuestos expertos, con la esperanza de que alguien les diga lo que ellos desean escuchar. Sin embargo, si quieren de verdad al hijo, que es lo más frecuente, acabarán siguiendo el criterio del médico que es más riguroso y les atiende de un modo más personal. Cuando los padres no terminan de aceptar el diagnóstico del médico no hay que presionarlos ni descalificarlos, al revés, hay que transmitir que es algo comprensible, que pueden tomarse su tiempo e incluso que consulten a alguna otra persona. La mayoría vuelven convencidos y dispuestos a seguir el plan de tratamiento.

Los padres deben exponer los problemas que son motivo de consulta y la opinión que les merecen, el impacto que tienen en la vida del niño y en la familia y qué expectativas tienen ante la consulta.

En una ocasión se dio el caso de una madre a quien le preocupaba que su hija de 10 años era inquieta y nerviosa, pero al preguntarle qué tal la relación en casa, era más o menos como con los demás hijos; qué tal en el colegio, bien y con buenas notas, alguna queja esporádica de la tutora; qué tal con las amigas, las peleas de la edad, "ahora te ajunto ahora no te ajunto"; qué tal con el resto de la familia, la que mejor caía a todos. La madre era ansiosa, perfeccionista, necesitaba controlar cualquier cosa que pasara a los hijos, adelantarse a los problemas etcétera. La respuesta fue, deje ser nerviosa a su hija que tiene derecho a ser como es y edúquela para que siendo así se adapte a la vida y sea feliz. Unos años después la madre volvió a la consulta "a charlar" y a dar las gracias. La niña estudiaba derecho y quería ser abogada del Estado. No estaba mal.

La edad de comienzo del cuadro clínico es un dato relevante en algunos trastornos psiquiátricos. También hay que indagar cuales son los síntomas principales, cómo han evolucionado, qué factores se consideran precipitantes del cuadro clínico o coincidieron con su comienzo y qué otros acontecimientos relevantes se han presentado a lo largo de la evolución. Es muy importante preguntar por la frecuencia y la intensidad de los síntomas, el grado de perturbación del niño y de la familia, y en qué medida interfieren en el rendimiento académico, la adaptación al colegio y las relaciones con otros niños. Es decir, las consecuencias que el cuadro clínico tiene en el bienestar y en la vida del niño y en el funcionamiento de la familia. En el ejemplo anterior, el que la niña fuera nerviosa, una característica temperamental como cualquier otra, no impidió que su evolución fuera plenamente satisfactoria.

La anamnesis, debe centrarse no sólo en los problemas y las dificultades del niño, sino también en sus cualidades y aptitudes, es decir, en saber cómo es de un modo personal, lo que aliviará la ansiedad y los temores de los padres y contribuirá a un mejor enfoque de las medidas terapéuticas.

Un aspecto destacado de la entrevista con los padres es aclarar qué le van a decir al niño antes de venir a la consulta y cómo van a explicarle las razones de que acuda. El modo en que los padres hablen con el niño y las

razones que le den contribuirá a que venga a la consulta tranquilo y sin miedo o, por el contrario, temeroso o convencido de que le están engañando.

7. Comorbilidad



Una característica de los trastornos psiquiátricos de los niños es la frecuencia con que se asocian o coinciden con otros trastornos lo que incrementa la complejidad y gravedad del cuadro clínico y modifica la respuestas a los tratamientos. En el caso de algunas enfermedades psiquiátricas, como el TDAH, el 50% de los pacientes sufre algún tipo de comorbilidad. Se trata fundamentalmente de trastornos de conducta, depresión, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos del aprendizaje, tics y TOC fundamentalmente. Se trata de entidades que probablemente comparten mecanismos etiopatogénicos con el TDAH sin que esté suficientemente aclarado el tipo de relación. La comorbilidad condiciona la evolución del cuadro clínico de las enfermedades psiquiátricas, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y la adaptación social, y no hay que olvidar que la adaptación social es muy importante a lo largo de la infancia y es fundamental en la adolescencia, cuando el joven se abre al mundo y define su identidad personal y vocacional.

Mientras en las enfermedades infecciosas es fácil identificar al agente infeccioso y la comorbilidad no es un factor a tener en cuenta, **la comorbilidad sí plantea numerosos retos a la investigación y a la práctica clínica de las enfermedades psiquiátricas**. Desde el punto de vista conceptual hay que analizar cuáles son las causas por las que es tan frecuente que una determina enfermedad psiquiátrica se asocie a otras. Hay varias posibilidades:

- Se trata de entidades que se dan sobre todo en la infancia y por tanto coinciden en el tiempo, pero son entidades distintas.
- Aunque sean distintas, son trastornos que se relacionan etiológicamente y comparten mecanismos etiopatogénicos.

- Uno de los trastornos crea un estado de vulnerabilidad que favorece la aparición del otro; o de hecho uno de los trastornos es el modo de comienzo de otro.
- Sesgos de los métodos de investigación sobre todo en muestras clínicas.
- El que la comorbilidad sea tan frecuente es un aviso respecto a la idoneidad de las clasificaciones actuales de los trastornos psiquiátricos. ¿Son adecuadas o hay que replantearlas?

Son todas cuestiones cuya respuesta es necesaria para conocer la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas y para que se tomen medidas de prevención y tratamiento. Desde la práctica clínica la comorbilidad se traduce habitualmente en una mayor complejidad del cuadro clínico y de la evolución y plantea dudas respecto a qué opción terapéutica es la más adecuada o qué orden deben seguir las medidas terapéuticas que se adopten.

La comorbilidad de una enfermedad psiquiátrica puede variar en función de la edad del paciente y es necesario saber cómo influyen diferentes variables en la evolución. Hay que saber cómo influye la edad de aparición; el tipo concreto de comorbilidad; el orden en que se manifiestan dos o más trastornos; en caso de que precedan a esta enfermedad psiquiátrica o aparezcan después, cuál de ellas resulta más nociva y por tanto implica una evolución peor; qué síntomas deben tratarse en primer lugar; y qué relación hay entre estas circunstancias y la calidad de vida y la adaptación social de los sujetos. Es decir, se trata de entender en primer lugar la realidad de los pacientes y en segundo lugar qué es lo que debe hacerse en la práctica diaria y cómo debe hacerse.

8. Curso



Conocer el curso clínico de los trastornos psiquiátricos es un medio imprescindible para comprender su naturaleza y el pronóstico que tienen, cuáles son los factores de riesgo y de protección, cómo es la respuesta a los tratamientos y, en último término, qué se puede hacer para modificar y mejorar su evolución. Permite asimismo entender la relación entre las enfermedades psiquiátricas del niño y las del adulto, un enfoque relativamente nuevo, pues hasta hace no mucho tiempo, lo que les pasaba a los niños no era más que “una pequeña variante” de lo que se constataba en los adultos.

La realidad es que las causas de muchas enfermedades de la vida adulta están en la infancia y es en ese momento cuando se ponen en marcha. Ya no puede haber un concepto uniforme y estático de la naturaleza de las enfermedades sino un concepto complejo, en el que la infancia y la adolescencia son puntos de referencia ineludibles.

El desarrollo del sistema nervioso durante la etapa intrauterina, el papel de los genes y del ambiente, los cambios moleculares que tienen lugar, las experiencias tempranas y el papel destacado de los factores endocrinos e inmunes, han abierto un panorama de interrelaciones y conexiones difícil de imaginar hace unas décadas. Y esto es solo el comienzo.

Por tanto, preguntarnos por el curso clínico más habitual de un trastorno psiquiátrico de los niños durante la adolescencia y la vida adulta, por sus repercusiones en el desarrollo normal del sujeto y en su calidad de vida, por los cambios de la sintomatología en función de la edad, por las posibles diferencias entre mujeres y hombres etc., no son sólo preguntas pertinentes sino imprescindibles para contestar con fundamento las cuestiones que los

padres y el propio paciente formulan en la consulta, unas cuestiones que se merecen respuestas rigurosas y que les permitan tomar decisiones.

Algunas enfermedades psiquiátricas tienden a evolucionar de forma crónica, lo que se constata en la práctica clínica y en los estudios de seguimiento. Esto no significa que no haya pacientes que se recuperen completamente o que, teniendo síntomas, sean mínimos, lo que les permite tener una buena calidad de vida.

En líneas generales los síntomas que comienzan en la infancia tienden a persistir hasta la adolescencia y la vida adulta. Esta persistencia del cuadro clínico supone una seria limitación de los pacientes en numerosas facetas de su vida, desde el rendimiento académico hasta las relaciones sociales y el éxito profesional.

Los estudios longitudinales de investigación permiten considerar fundadamente si una enfermedad psiquiátrica tiene un carácter crónico. Son muy importantes para el pronóstico y la planificación del tratamiento. Sin embargo, son difíciles de hacer y muy costosos económicamente, y por eso se hacen muy pocos.

Un tema de gran interés **es en qué medida cambian los resultados de los trabajos de investigación en función de quien informa**, es decir en función de si la fuente de información son los padres, los pacientes o los profesores. De hecho, el diagnóstico de algunas enfermedades psiquiátricas, tanto en los niños como en los adultos, depende de la fuente de información que se utiliza. Cuando son los propios pacientes los que informan, la tasa de la enfermedad suele ser baja, mientras que si informan los padres la prevalencia sube significativamente.

9. Pronóstico



El pronóstico de un trastorno psiquiátrico depende de diversas variables de índole individual, familiar y social. Los **factores de buen pronóstico** aumentan la probabilidad de que la evolución sea favorable mientras que **los de mal pronóstico** disminuyen esa probabilidad.

La investigación de los factores pronósticos de una enfermedad no es una tarea sencilla, pues es difícil establecer relaciones causales entre dos o más variables. Puede así atribuirse a una circunstancia que coincidió en el tiempo con cuando el paciente disfrutó de una buena evolución, y sin embargo tratarse de una mera coincidencia que no afectó al curso clínico que hubiera sido el mismo sin que se diera. Esto es así no solo en medicina sino en otras ciencias y no digamos en economía o sociología. Por tanto, el rigor es esencial para que las conclusiones que se saquen tengan fundamento y no sean arbitrarias.

Hay circunstancias individuales, familiares y sociales que influyen en el pronóstico de las enfermedades y que todavía sólo han sido estudiadas parcialmente.

10. Diagnóstico



El diagnóstico clínico está íntimamente relacionado con el tema de las clasificaciones de las enfermedades y de la dificultad que implican, más cuando se trata de los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia. Los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales tienen el gran reto de ir incorporando los hallazgos de la investigación tanto neurobiológica como ambiental, un desafío no siempre fácil de cumplir. Un buen diagnóstico es la pieza angular para poder asignar el tratamiento correcto. Es mucho más difícil llegar a él en las enfermedades psiquiátricas que en las pediátricas. Una de las dificultades radica precisamente en la comorbilidad descrita anteriormente.

Para llegar a un diagnóstico correcto los psiquiatras infantiles deben evaluar correctamente al paciente a través de las entrevistas a los padres y a los niños ayudándose de las escalas y cuestionarios de evaluación. En ocasiones hay que utilizar pruebas médicas para descartar la existencia de una enfermedad pediátrica como origen de los síntomas.

El diagnóstico diferencial es una prueba de fuego para el psiquiatra infantil sobre todo cuando se trata de niños pequeños. Se necesita experiencia, saberes y sabiduría. Los síntomas clínicos de un paciente concreto comprenden tanto los correspondientes a la enfermedad psiquiátrica básica como a las posibles comorbilidades que se presenten y propias de un amplio número de otros trastornos psiquiátricos y deben considerarse como secundarios.

Las escalas y cuestionarios de evaluación ayudan, pero pasar doce instrumentos a padres y niño, con 40 folios de resultados, no siempre conduce a la verdad.

Sistematizar el diagnóstico es imprescindible, pero otra cosa es mecanizarlo. Actualmente se tiende a mecanizar datos, información, etapas, fases, por razones de rendimiento. Está bien y es necesario, pero eso no exime de la responsabilidad y el esfuerzo personal del médico ante el paciente, que es siempre único y distinto. La mecánica y la tecnología son estupendas pero la realidad humana va más allá de la mecánica. Esa es una de las grandezas de la medicina que la hace más vulnerable. Analizar grandes cantidades de datos (*Big Data*) es imprescindible para la investigación, pero sin olvidar la dimensión humana de la medicina cuando se trata de diagnosticar, tratar y poner en marcha recursos asistenciales. Los datos masivos detectan las huellas que dejamos, pero no cómo somos.

A continuación, presentamos **un caso concreto que muestra la complejidad del diagnóstico diferencial**.

Una tarde llamó a la consulta un compañero y amigo para pedir que se viera a un niño hijo de unos amigos suyos. Eran las vísperas de las vacaciones de verano y había sido citado para después. Rogaba que se atendiera antes a los padres que se encontraban en un estado intenso de angustia e iban a pasar unas vacaciones horrosas, pues su hijo Bruno, de tres años y diez meses, había recibido varios diagnósticos que los tenían desconcertados.

El niño había comenzado ese año primero de educación infantil y la profesora estaba alarmada pues lo veía distinto al resto de los niños: hacía todo a gran velocidad y después se abstraía en su mundo; no se integraba bien en los juegos con otros niños, no jugaba al balón ni corría en el patio como los demás; se mostraba nervioso ante las preguntas de la profesora y si le reñía lloraba. La profesora reconocía que ella era exigente con los niños, pero no había tenido problemas hasta entonces.

Los padres estaban en la treintena, Bruno era su segundo hijo y con la niña mayor todo había ido bien. Se preocupaban mucho por la educación de los niños y les dedicaban todo el tiempo que podían. Les llamaba la atención lo bien que hablaba el niño desde muy pequeño, aunque la madre y los abuelos paternos que lo recogían del colegio junto con la hermana, le hablaban mucho y el niño lo comprendía todo, rápidamente, se expresaba con precisión, con un vocabulario y una complejidad impropios de la edad, sin ser nunca repelente y de forma atinada al tema.

Los padres habían advertido de que no querría pasar solo a la consulta, pero cuando lo llamaron, le cogió tan de sorpresa, que entró sin rechistar. Se mostraba

tímido y retraído, después, poco a poco, se tranquilizó. El contacto visual, la mímica y el gesto eran adecuados, quiso dibujar e hizo una granja con gran cantidad de animales de los que conocía el nombre y cómo vivían. El lenguaje era de gran riqueza y siempre apropiado, buscando la comunicación con el médico y con el deseo de agradar. También le interesaban las estrellas y las constelaciones y le gustaba verlas con su padre en la pantalla del ordenador o en el cielo, en verano, cuando iban al campo. Estos temas no ocupaban todo su tiempo, ni insistía en hablar constantemente de lo mismo. Le preocupaba que la profesora y los padres a veces le riñeran y no entendía bien por qué. Al despedirle dijo, “yo quiero volver aquí”.

La abuela refirió que una vez, como al niño le gustaba tanto oír historias y cuentos, le contó la metamorfosis de las mariposas. Se quedó fascinado. En otra ocasión en que los padres hablaban del cambio tan grande que se había producido en algo concreto, Bruno dijo, “eso es una metamorfosis”. Recordaba la palabra, había entendido su significado y la usaba en el contexto que correspondía. No todos los adultos entienden este concepto.

*La familia no había tenido suerte con la lista de diagnósticos: como lo hacía todo rápido y luego se entregaba a sus pensamientos, **tenía un TDAH**; como no le gustaba el fútbol y le encantaban otros temas de los que conocía y sabía tanto, **tenía un trastorno del espectro autista no especificado**; como era tímido y retraído, **se trataba de un trastorno de ansiedad**; y menos mal que se libró de un trastorno de la identidad sexual pues prefería estar y hablar con las niñas antes que con los niños.*

*A la pregunta de la madre, qué es mi hijo, qué es mi hijo, la respuesta fue: “**su hijo, señora, es original**”. A lo que hay que añadir, “bueno, cariñoso, sensible y muy, muy inteligente, bien por encima de la media”.*

Dos años más tarde, cuando había cumplido seis años, la evolución confirmó el diagnóstico.

La exploración cuidadosa del niño, la información procedente de los padres, el colegio y otros familiares y la experiencia clínica del médico, serán, como casi siempre en medicina, factores fundamentales para hacer un diagnóstico correcto. Por ejemplo, la ausencia de inquietud en la consulta el primer día que acude el niño, no descarta de entrada que tenga un TDAH. La inquietud debe manifestarse en diferentes momentos y situaciones, causar molestias a las personas que rodean al niño y ser inadecuada y desproporcionada a la edad y al cociente intelectual.

El diagnóstico diferencial hay que plantearlo con un medio familiar caótico, situaciones de maltrato, retraso mental, hipertiroidismo, epilepsia, trastornos del espectro autista, retrasos del lenguaje, problemas de visión y audición, trastornos de conducta, ansiedad y depresión, tics, trastorno bipolar y trastornos psicóticos.

11. Evaluación



La evaluación y el diagnóstico del paciente son el pilar que sustenta el ejercicio de la medicina. Sin una evaluación adecuada se corre el riesgo de diagnosticar mal y tratar peor. La evaluación y exploración psiquiátrica pone a prueba la capacidad y pericia del médico para ejercer su profesión y responder a las necesidades de los pacientes.

La complejidad del proceso de evaluación es mayor en psiquiatría del niño y del adolescente, ya que abarca al niño, la familia, el ambiente escolar y el medio social. Por eso es necesario disponer de varias fuentes de información que den una visión más completa del cuadro clínico, de sus repercusiones en la vida diaria, de la evolución que ha seguido y de la eficacia de los tratamientos aplicados.

La evaluación se dirige fundamentalmente a saber qué es lo que pasa, hacer el diagnóstico y prescribir el tratamiento, pero no solo. La evaluación requiere buscar factores de riesgo, posibles mecanismos desencadenantes o mantenedores de la sintomatología, antecedentes familiares que orienten el diagnóstico y que contribuyan a explicar la actitud de los padres ante el problema y la respuesta que hubo a los tratamientos. De este modo el médico tendrá una visión completa del trastorno lo que le ayudará a explicárselo a los padres y a tomar las medidas pertinentes para ese paciente concreto.

La evaluación es un arte y requiere ciencia, experiencia y ética. También sensibilidad, capacidad de acogida, comprensión y objetividad por parte del médico.

La psiquiatría infantil y la pediatría se caracterizan porque los niños y adolescentes acuden a la consulta la mayoría de las veces porque otras

personas así lo deciden. Casi siempre lo deciden los padres y menos veces el colegio, los servicios sociales, o los servicios judiciales. En cualquier caso, se sienten sujetos pasivos de la voluntad de otros y no siempre están de acuerdo ni están dispuestos a colaborar. Por eso es tan importante informarles antes de ir al médico de qué es lo que preocupa a los padres y qué esperan de la consulta. Los niños pueden sentirse temerosos, saber que algo les pasa y no saber cómo explicarlo. La capacidad del médico para conectar con el niño o el joven desde la primera consulta y el que se establezca una relación de confianza suele ser la clave del éxito de la relación médico-paciente. El paciente debe saber que el médico está de su lado pero que no le dará la razón cuando no la tiene, que su deseo es ayudarlo a él, protegerlo, y de paso ayudar a la familia.

La evaluación tiene como objetivo dilucidar si el paciente tiene o no un trastorno psiquiátrico u otro tipo de problema, lo que requiere hacer un diagnóstico diferencial, que es especialmente pertinente en las enfermedades psiquiátricas cuya sintomatología puede quedar enmascarada por otros síntomas que perturban al niño y le producen inquietud y descontrol.

Otro objetivo de la evaluación es decidir si es necesario un tratamiento. En caso afirmativo hay que elaborar ese plan y las recomendaciones que padres y niño deben seguir, que son aquellas que se han demostrado eficaces, y que mejor se adaptan a las características del paciente y a las circunstancias familiares. En consecuencia, serán las medidas más eficaces y menos lesivas.

El proceso de evaluación abarca los siguientes objetivos:

- Conocer las causas y razones por las que el paciente acude a la consulta:
 - ¿Qué motivó la consulta?
 - ¿Quién decidió que debía acudir?
 - ¿Conoce el niño o el joven los motivos por los que viene?
 - ¿Qué información se le ha dado?
 - ¿Por qué acude la familia en ese momento concreto?
- Describir detalladamente los síntomas y quejas que motivaron la consulta y el significado que tienen para el paciente y para los padres, así como las discrepancias entre la versión de unos y de otros.

- Explorar el desarrollo normal, los hitos de dicho desarrollo y el nivel actual de desarrollo.
- Descartar posibles trastornos del aprendizaje.
- Explorar la normalidad o patología de tres áreas fundamentales: pensamiento, emociones y comportamiento.
- Identificar los factores individuales y ambientales que contribuyen a la sintomatología:
 - Acontecimientos vitales estresantes.
 - Ambiente de la familia, la escuela y los amigos.
 - Otras influencias sociales, sobre todo en los adolescentes.
- Hacer un diagnóstico diferencial.
- Hacer el diagnóstico final.
- Objetivos de la evaluación

El niño puede acudir a la consulta a petición de los padres, del colegio o de otras instancias; la petición puede darse en el contexto de una consulta ordinaria o con carácter de urgencia; en cualquier caso, la evaluación tiene siempre como objetivo obtener datos acerca del paciente a partir de varias fuentes de información, que permitan conocer con objetividad el cuadro clínico y la conducta del niño en distintos ambientes de acuerdo con su opinión y con la de aquellas personas que tienen contacto con él. Así se evaluará su grado de adaptación o desadaptación.

La evaluación debe tener en cuenta la edad del niño, el grado de madurez personal y el ambiente social y cultural en que vive para apreciar en qué medida el comportamiento es normal o no lo es. Hay síntomas y características que son normales a una edad, pero dejan de serlo a otra. Por ejemplo, ser inquieto, responder sin pensar, cambiar de una actividad a otra o no obedecer, son características habituales de los niños de tres años, pero disminuyen con la edad y resultan llamativas si persisten igual a los cinco despertando la sospecha de que pueda tratarse de un TDAH.

La frecuencia de los síntomas, la intensidad y en qué medida repercuten en la vida diaria, son variables fundamentales para el diagnóstico.

Con la información que se obtiene de los familiares y la escuela y tras la exploración personal del paciente por parte del médico, se podrá hacer el diagnóstico y elaborar el plan de tratamiento.

Aspectos de la evaluación psiquiátrica:

- Elaboración de la historia clínica mediante varias fuentes de información: padres o tutores, paciente, colegio, trabajadores sociales, informes judiciales, informes médicos.
- Entrevista y exploración del niño para conocer su opinión y visión de lo que sucede y evaluar el cuadro clínico.
- Exploración del estado mental.
- Aplicación de tests y escalas de evaluación del TDAH.
- Exploraciones complementarias cuando se consideren necesarias: EEG, ECG, análisis de sangres y orina, técnicas de imagen.
- Elaboración del diagnóstico y del plan de tratamiento.
- Información a los padres y al paciente.

La buena medicina requiere tiempo para ver al paciente, hablar con los padres, informar del diagnóstico y dar las recomendaciones terapéuticas. El impacto que supone para los padres el hecho de que su hijo tenga un trastorno psiquiátrico es muy grande lo que condiciona su capacidad para enterarse y comprender lo que el médico les dice al dar los resultados. Algunos cuentan que apenas se enteraron y que no recuerdan casi nada de lo que se les dijo. Dar las recomendaciones por escrito es un buen método, pero insuficiente, y no excluye el hablar con los padres más de una vez y seguir explicando en consultas sucesivas el problema del hijo. Algunos padres, sobre todo los que son ansiosos -más las madres-, o sin serlo, traen a la consulta una lista de preguntas, lo que impacienta a algunos médicos. Es un error. Llevar una lista de dudas a la consulta tranquiliza a los padres de que nada se les va a olvidar y el médico debe animarlos a que lo hagan si así lo desean.

Un aspecto que parece obvio, pero que no lo es, es tener en cuenta que la **capacidad del niño para expresar lo que le sucede** depende de la etapa de desarrollo en que se encuentra, de su capacidad cognoscitiva y madurez

emocional y de las características temperamentales. **Las versiones que dan los niños son muy fiables**, sobre todo cuando se trata de aspectos emocionales, más aún a partir de los 8-9 años, y no tanto cuando se trata de problemas de comportamiento, de los cuales padres y profesores suelen tener una visión más objetiva. Sin embargo, incluso cuando se trata de síntomas como la hiperactividad, las respuestas impulsivas, las distracciones en clase o la reticencia a hacer los deberes, el niño, que también lo pasa mal, acaba reconociendo que tiene esas dificultades, lo que le produce un gran alivio.

Las entrevistas. A algunos médicos les resulta incómodo hablar a solas con los niños pequeños, ya que no es fácil, requiere tiempo y hay que saber hacerlo. Se sienten más cómodos hablando con los padres y observando al niño. La realidad es que lo que cuentan algunos niños de tres y cuatro años, aunque algunos no se lo crean, es en ocasiones un dato fundamental para el diagnóstico.

Por tanto, es recomendable tener entrevistas a solas con los padres, a solas con el niño o el adolescente y juntamente con padres y paciente. La confidencialidad de esas entrevistas debe quedar clara desde el primer momento para el niño, que debe saber que el médico informará a los padres del diagnóstico y de todo aquello que pueda ser una ayuda, pero no de lo que el paciente habla con él, excepto en aquellos casos en los que haya un peligro o riesgo evidente para el propio paciente o para otras personas. También debe quedar claro para los padres. Hay padres que ven al médico como una fuente de información sobre el hijo, que les evita tener que hablar con él, y hay médicos que se niegan a hablar con los padres aduciendo razones de índole terapéutica. Dos extremos de un parecido error.

El proceso de evaluación abarca en términos generales los apartados propuestos, pero es el médico quien debe decidir cuáles deben llevarse a cabo en un paciente concreto. Los conocimientos, la experiencia clínica, el juicio clínico correcto, los valores del paciente y el sentido ético guiarán las decisiones del médico para hacer una evaluación objetiva y adaptada a las características del paciente.

La historia clínica. Toda la información que es relevante para el diagnóstico y el tratamiento del paciente se recoge en la historia clínica, un documento fundamental desde el punto de vista médico. La historia clínica debe

seguir un orden en el que cada paso guarde estrecha relación con el anterior y con el siguiente, en función de la información que se va recogiendo y de los conocimientos y juicio clínico del médico. El médico tiene en cuenta lo que cuentan el paciente y los padres y formula preguntas de acuerdo con la sospecha diagnóstica que se va perfilando. También tiene en cuenta el ritmo con que el paciente lo cuenta y el significado vital y emocional que para él tiene. Al mismo tiempo preguntará sobre aspectos que él considera necesarios, de tal forma que la entrevista recorra una serie de apartados fundamentales de la evaluación, pero no de una forma rígida e inmutable sino respetando el relato del interlocutor.

Un ejemplo de evaluación.

“Javier, un adolescente de 17 años, llega a la consulta tras meses de insistencia de los padres y de su profesora. Ese fin de semana ha salido por la noche con los amigos y uno de ellos, Juan, a quien conoce desde niño, le cuenta que ha estado deprimido pero que desde que va al médico y hace un tratamiento se encuentra mucho mejor. El médico le gusta porque es “leal y de completa confianza, no cuenta a los padres lo que hablan, no se mete donde no le llaman y se interesa de verdad por él y por lo que le pasa”. Javier sabe que tiene un problema, pero no lo quiere reconocer. Va mal en el colegio, lo que le duele por la imagen que proyecta en los demás y en sí mismo, y porque le preocupa su futuro. Quiere ser como su padre, que es empresario, pero también le gustaría ser ingeniero aeronáutico y diseñar aviones. En realidad, no tiene ni idea de lo que acabará haciendo. Últimamente ha discutido con amigos íntimos y, la novia, con la que salía desde hace ocho meses, le ha dejado. Se siente solo.

Desde siempre ha sido discutidor, dialéctico, el jefe del grupo, el que tomaba las decisiones, pero desde hace tiempo se pelea constantemente con todo el mundo y algunos amigos lo rehúyen. Tiene accesos de cólera, pierde el control, dice cosas inadecuadas e hirientes, incluso groserías, y él, siempre tan seguro de sí mismo, se siente inseguro y hasta indefenso. Está desconcertado, siente que la vida “se le ha ido de las manos”.

No se concentra, no memoriza, se despista en clase, no es capaz de estudiar ni de hacer los deberes, piensa constantemente en temas personales que le abstraen de todo lo demás, tiene variaciones del humor y para sentirse mejor, fuma marihuana y tabaco desde los 14 años. También bebe alcohol cuando sale. Cree que los padres

no lo saben o que tan solo lo sospechan. Para colmo su tutora le ha dicho que si no cambia tendrá que repetir 2º de Bachillerato, una humillación insoportable.

Los padres cuentan que fue diagnosticado de TDAH a los 6 años pues era tremendamente inquieto e impulsivo, con problemas de conducta en casa y sobre todo en el colegio donde quisieron expulsarlo por primera vez a esa edad por la forma agresiva de portarse en el patio con los otros niños. La atención y concentración no eran tan malas, aunque los profesores opinaban que como era muy inteligente era capaz de compensar esas dificultades.

Ha aprobado los cursos, aunque con ayuda de los padres y de profesores particulares para las tareas escolares, pues era incapaz de organizarse. Las calificaciones fueron aceptables en Primaria, no tanto en Secundaria y bajaron considerablemente en 1º de Bachiller. Este curso ha suspendido la mayoría de las asignaturas.

Los padres se negaron a que siguiera un tratamiento farmacológico cuando los médicos se lo recomendaron al ver la evolución. Pensaban que su hijo no tenía un trastorno psiquiátrico y que el TDAH era un invento para clasificar a los niños en el colegio. A los 10 años, Javier hizo de forma intermitente un tratamiento con metilfenidato, pero una vez que se produjo cierta mejoría, los padres, siempre reticentes, consideraron que ya no era necesario. Ahora, los padres vienen a la consulta agobiados y angustiados, saben que el hijo fuma marihuana y bebe alcohol, lo ven descontrolado, no quiere hablar con ellos, tiene cambios de humor repentinos, está muy irritable y creen que va a perder el curso.

La madre fumó durante el embarazo. Un tío paterno fue muy inquieto e impulsivo de niño y una tía materna es muy despistada y le cuesta concentrarse. Javier se parece a su tío, que no fue capaz de hacer una carrera a pesar de ser inteligente, pero que ha salido adelante en la vida."

El caso de Javier es un buen ejemplo de la complejidad de evaluar correctamente al paciente, del curso clínico del TDAH y de las vicisitudes a las que se enfrenta el paciente, el colegio, los padres y el médico. Problemas de conducta, atención y concentración desde la infancia; relativización de las consecuencias de la sintomatología; atribución del cuadro clínico a causas no demostradas; comienzo tardío del tratamiento; mal cumplimiento del tratamiento; reticencia de los padres a que el hijo tenga un problema médico y a que se enfoque desde esta perspectiva; desconfianza de los adolescentes hacia el carácter privado de su consulta con el médico; complicación

progresiva del cuadro clínico: el rendimiento académico es cada vez peor y el adolescente comienza a fumar marihuana y tabaco y a beber alcohol. Respecto a la etiología, son probables los antecedentes familiares de TDAH (tío paterno, ¿tía materna?) y hay un factor de riesgo perinatal, la madre fumó en el embarazo. También entra en juego un valor humano, la lealtad, tan decisiva para los adolescentes, tan frágil después.

12. Tratamiento



El tratamiento es otro de los grandes apartados de los trastornos psiquiátricos. El médico ha visto al paciente, tiene una idea fundamentada de lo que le sucede, conoce los factores y circunstancias que causan o contribuyen a la enfermedad y ha formulado un diagnóstico. **Ahora ha llegado el momento de poner en marcha las medidas más eficaces y apropiadas.** Y ha de hacerlo de un modo personalizado.

El tratamiento es uno de los momentos cumbre de la actividad médica, en el que siempre hay que recordar los principios hipocráticos de curar, aliviar, nunca dañar, consolar y acompañar. En ocasiones el médico se limita a acompañar, porque poco más se puede hacer, y el paciente y la familia lo saben y lo agradecen. En esos casos el médico comparte una parte de la existencia del paciente que es dura y no va a cambiar, pero el enfoque y la vivencia, si el médico permanece a su lado, serán completamente diferentes. A veces los padres lo expresan diciendo *“nos ha cambiado la vida”* *“nos ha dado la vida”*. Es **la dimensión humana del médico que desborda la pericia técnica.**

Las enfermedades psiquiátricas tienen características clínicas complejas y variadas que abarcan muchas de las facetas de la vida del niño. Las medidas terapéuticas parten de la realidad del paciente y tienen en cuenta los aspectos fundamentales del cuadro clínico, los síntomas diana que son más perturbadores, la edad del niño, las características de la familia y los recursos disponibles.

Al tratarse cuadros clínicos complejos la mayoría de las veces se requiere un enfoque multidisciplinar del tratamiento. La base del tratamiento es que el paciente y los padres comprendan que puede tratarse de un trastorno crónico que, en cualquier caso, limita la vida del niño. Es muy

importante que interioricen que el simple paso del tiempo no basta, que es necesario seguir el tratamiento dictado por un diagnóstico correcto. El **compromiso terapéutico** y la **relación de confianza entre el médico, padres y paciente** mejoran la evolución y el pronóstico. El cumplimiento del tratamiento y la competencia educativa de los padres son dos de los factores fundamentales para un buen pronóstico.

Antes de comenzar el tratamiento, el médico debe formularse una serie de preguntas.

- ¿Tiene el paciente una enfermedad psiquiátrica?
- ¿Cuál es la naturaleza de este trastorno?
- ¿Cuáles son los factores etiológicos implicados?
- ¿Hay circunstancias ambientales o acontecimientos vitales estresantes que guarden relación con el cuadro clínico?
- ¿Cuál es el tratamiento más eficaz en este paciente concreto?
- ¿Cuáles son los síntomas diana del tratamiento?
- ¿Qué medidas complementarias deben tomarse en función de las características personales del paciente?
- ¿Cuál es el curso clínico previsible y el pronóstico?
- ¿Cuáles son las pautas de administración del fármaco, la duración de la psicoterapia o del tratamiento farmacológico y los criterios de suspensión?
- ¿Qué papel le corresponde a la familia?

Las dos clases fundamentales de tratamientos para las enfermedades psiquiátricas son la psicoterapia, la farmacoterapia, o una combinación de ambas.

13. Psicoterapia



¿Farmacoterapia o psicoterapia? La investigación de las psicoterapias para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes ha experimentado un gran avance en las últimas décadas, y no es de extrañar, ya que el tratamiento farmacológico no resuelve por sí solo todas las dificultades y problemas. Unas dificultades y problemas que se derivan del cuadro clínico y de la repercusión de los síntomas en la vida diaria del niño y de la familia. Por otra parte, el papel de los padres y del colegio ha cobrado una relevancia cada vez mayor, pues el tratamiento debe llegar a todas las facetas de la vida cotidiana, más aún en la infancia, cuando el ser humano madura y aprende a adaptarse a la realidad. Niño, padres y escuela son sin duda fundamentales para tratar las enfermedades psiquiátricas.

Las psicoterapias se estudiaron en primer lugar en los adultos y poco a poco en los niños y adolescentes, comprobándose que son distintas por el sujeto y por el método, y que abarcan más frentes. La psicoterapia de los niños aprende de la de los adultos y viceversa, ya que los trastornos psiquiátricos de la infancia aportan una perspectiva más compleja y amplia que enriquece la psiquiatría del adulto y la pediatría general.

Un planteamiento excluyente, sólo tratamiento farmacológico o sólo psicoterapia, carece de fundamento científico. No es la primera vez que en el campo de la ciencia y de la medicina se han planteado disyuntivas que el progreso de los conocimientos se ha encargado de resolver. Unas veces confirmando que dichas disyuntivas son efectivamente excluyentes, pero la mayoría de las veces constatando que se trata de realidades complementarias.

Fármacos y psicoterapia se complementan, no se excluyen, y los trabajos que así lo demuestran son numerosos. **La cuestión no es elegir o fármaco o**

psicoterapia, sino plantearse una serie de preguntas ante el paciente y su problema:

- ¿Cuál es el tratamiento más apropiado y eficaz en este trastorno y en este momento?
- ¿Hay estudios que lo avalen?
- ¿Conviene empezar por un tratamiento o por dos? ¿Es mejor comenzar por uno y si no va bien pasar a este otro?
- ¿Las características del cuadro clínico recomiendan aplicar desde el principio fármacos y psicoterapia?
- ¿Cómo influye la edad del niño?
- ¿Cómo influye la familia y lo que cuesta el tratamiento?

El tratamiento farmacológico tiene que ser eficaz, efectivo y eficiente. Lo mismo debe ser la psicoterapia. Esto quiere decir que debe mejorar el cuadro clínico en los ensayos clínicos controlados (eficacia), debe mejorarlo en la práctica clínica, en la consulta, (efectividad) y la relación coste-beneficio debe ser proporcional y si es posible ventajosa (eficiencia).

La psicoterapia, lo mismo que la medicación, tiene que fundamentarse en el rigor y los datos contrastados y éste ha sido el gran avance de los últimos años, en los que se ha buscado aplicar el método científico y avalar de este modo las distintas psicoterapias. La psicoterapia, por razones éticas y científicas, ya no puede basar su valor en la tradición y el prestigio de determinadas escuelas o terapeutas, como sucedía en el pasado. Ese es el gran mérito de los psicólogos.

Hay medidas supuestamente terapéuticas que carecen de base científica, pero que el paciente o los padres aseguran que le mejoran. En estos casos, si no perjudican y no son una carga para el sistema público de salud, los padres son libres de seguirlos. Hay otras muchas veces en las que se trata de bulos, timos y falsos remedios. Suelen ser, en los casos leves, una pérdida de tiempo, una distracción innecesaria, y en los no tan leves, un auténtico desastre.

14. Farmacoterapia



Etapas del tratamiento farmacológico. Poner en marcha cualquier tratamiento requiere conocimientos y rigor por parte del médico, más aún cuando se prescribe un tratamiento con medicación. Un buen método para lograr este objetivo es sistematizar las etapas del tratamiento, antes de empezarlo, mientras se lleva a cabo y cuando se decide suspenderlo.

Lo primero es tener la seguridad de que el diagnóstico es el correcto y definir cuáles son los síntomas diana del tratamiento. Los padres, el niño y el médico deben estar de acuerdo en que la mejoría de esos síntomas, y en consecuencia del estado general del paciente y de su adaptación, es el objetivo del tratamiento y el punto de referencia para la evaluación posterior. Definir los síntomas diana añade rigor al tratamiento y evita que se frustren las expectativas de padres y pacientes, que esperan un milagro o una mejoría inmediata. En segundo lugar, hay que elegir el fármaco que se considera más apropiado, y paciente y padres deben estar de acuerdo y decirlo expresamente. En tercer lugar, se decide la dosis y el modo de darla, y se informa de los posibles efectos adversos y del modo de suspensión. Por supuesto, todo esto no se hace en una única consulta.

En segundo lugar, el médico debe dirimir cual es el fármaco más idóneo y el modo de prescripción. La elección del fármaco se hace en función de los síntomas que tienen mayor repercusión en el paciente o que le hacen sufrir más, tal como se decía antes; la respuesta del paciente a tratamientos anteriores; la respuesta de los familiares a esos mismos tratamientos y el grado de evidencia empírica de la eficacia del fármaco.

La relación riesgo/beneficio. Otro aspecto de gran interés es prever la relación riesgo/beneficio, establecer un orden de preferencia de los fármacos que podrían emplearse y pensar qué tratamiento sería adecuado si la

elección fracasa. Tanto los fármacos como las psicoterapias tienen inconvenientes y se trata de analizar si los beneficios son superiores a los riesgos que implica el tratamiento. Así deben de saberlo los padres. A veces los padres desean, con razón, que el tratamiento no tenga ninguna consecuencia negativa para el hijo. Pero consecuencias negativas las tienen la mayoría de las acciones humanas incluidas las más compasivas.

Por tanto, **las ventajas del tratamiento deben superar a los efectos indeseados** y si no renunciar al tratamiento, una decisión, cuyas consecuencias, muchas veces perniciosas, hay también que analizar. La decisión final corresponde a los padres y, en su medida, al paciente. Hay padres que de entrada renuncian al tratamiento con fármacos. La mayoría reflexiona y cambia de opinión cuando el tratamiento está bien indicado.

Interacciones medicamentosas y efectos adversos. Prever los efectos adversos del fármaco requiere tener en cuenta las posibles interacciones con otros fármacos que el paciente esté tomando o que pueda llegar a tomar, por lo que hay que averiguar si el paciente toma otras medicaciones o sufre otra enfermedad. Las interacciones pueden aumentar la toxicidad del fármaco, disminuir su eficacia o dar lugar a síntomas psiquiátricos. Los efectos adversos se clasifican en leves, moderados y graves. Los leves y moderados suelen ser de carácter transitorio. Los graves requieren que el tratamiento se suspenda.

Comprender para seguir el tratamiento. Antes de comenzar el tratamiento farmacológico hay que explicar al paciente y a los padres lo que se espera del mismo para que sus expectativas sean realistas, las posibles reacciones adversas y las medidas que se deben tomar en caso de que aparezcan. Los padres deben conocer porqué se escoge una medicación, cómo actúa, qué ventajas tiene el administrarla, qué mejoría cabe esperar, cuanto tiempo tarda en comenzar la acción terapéutica, qué inconvenientes tiene el dar la medicación, cuáles son los riesgos de no darla, y qué otras alternativas terapéuticas existen.

Algunas de las enfermedades psiquiátricas tienen como primera opción terapéutica la farmacoterapia, y cuando hay varios medicamentos disponibles suele haber un orden de prioridad. Si el diagnóstico está bien hecho

pero el paciente no mejora con la medicación, puede deberse a varias circunstancias:

- que la medicación no sea eficaz en ese caso.
- que no se tome correctamente.
- que los padres no entiendan bien las recomendaciones.
- que los padres tengan serias dificultades educativas.
- que haya otro trastorno psiquiátrico asociado, como por ejemplo trastorno de la conducta, depresión, ansiedad u obsesiones.

La psicoterapia en estos y otros casos puede ser de gran ayuda.

Mitos y prejuicios frente a la farmacoterapia. Algunos padres se oponen al tratamiento psicofarmacológico de los hijos pues creen que los psicofármacos producen dependencia, cambian la personalidad del niño o, sencillamente, tomar una medicación significa que el hijo está loco lo que socialmente es difícil de asumir. Los mitos, prejuicios y falsas creencias acerca de los psicofármacos están muy extendidos y sólo pueden remediarse mediante la educación sanitaria de la gente. Tener un trastorno psiquiátrico no significa “estar loco”, ni tener una debilidad personal, ni ser un desdoro para la familia. Solo significa que **los seres humanos sufren enfermedades que afectan a todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, incluido el cerebro.**