

## Detección Precoz de los Trastornos Psicopatológicos de la Infancia. Notas Introdutorias.

José Ramón Gutiérrez Casares<sup>#</sup>  
Aida Pérez Rodríguez<sup>\*</sup>

<sup>#</sup>Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

<sup>\*</sup> Psicóloga. Fundación Sorapán de Rieros (F. Para la Prevención de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente). Badajoz.

En psiquiatría, se denomina detección precoz a toda acción cuyos resultados llevan al descubrimiento de un cuadro psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de su inicio. Es, por tanto, un término relacionado con la prevención primaria.

Otro concepto relacionado con éste es el de Detección Precoz referida a la detección de los trastornos psiquiátricos en los estadios iniciales de la vida. No sería la detección precoz de una psicopatología del niño (fuera luego la que fuera) sino la detección de un trastorno específico en los estadios precoces del desarrollo vital (p.e., todos los problemas relacionados con las esquizofrenias de inicio precoz [EOS], o de inicio muy precoz [VEOS], o la detección de Trastornos Obsesivo-Compulsivos [TOC] antes de 7-10 años y su relación con el PANDAS o de Trastornos Bipolares [TBP] antes de los 14 y su relación con el Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad [TDAH]). Este concepto es mucho menos frecuente, más específico de los psiquiatras o, por lo menos, más de su agrado en la búsqueda de nichos específicos de investigación.

Hablamos de detección precoz dentro del marco de la Atención Primaria cuando, como resultado de nuestra actividad profesional general, podemos intuir la inminente aparición de un cuadro psicopatológico, general o específico, y adoptamos las medidas iniciales para detectar, catalogar, actuar y tratar la aparición de dicho episodio psicopatológico (agudo o duradero en el tiempo). Esta actividad está al alcance, casi en exclusiva y por pura definición, de los médicos de Atención Primaria que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con las familias desde que el niño nace y el inconveniente de tener una formación psiquiátrica más general. Esta detección no sería una valoración psiquiátrica específica dirigida a la búsqueda de patología sino la adquisición de “conocimiento internalizado” que haga que salte la alarma de “algo no va bien/posible patología psiquiátrica” por una intuición clínica y dentro de la exploración clínica habitual del niño sano o con otra patología.

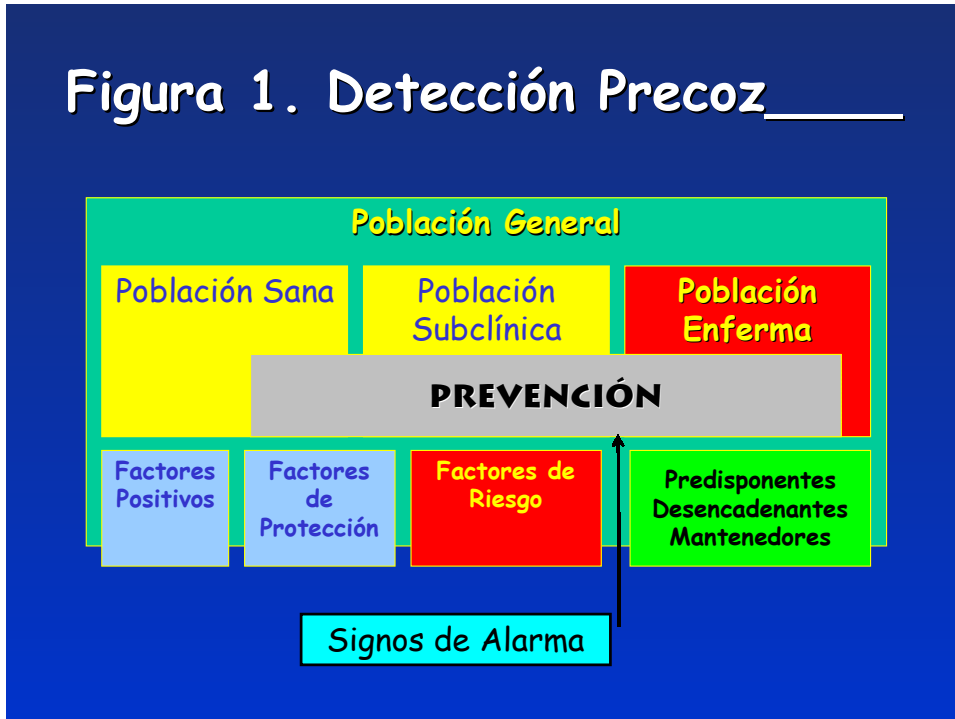
Se acepta, en general que la detección en pediatría se caracteriza por una alta especificidad junto a una baja sensibilidad y porque que la detección es más fácil y más frecuente para los trastornos tipo externalizante (hiperactividad, trastornos de conducta, ..) que para los internalizantes o emocionales. Además, de todos los casos psiquiátricos la mayoría sólo son tratados en AP. Debemos recordar que de los casos que acuden a psiquiatría infantil, un 50% abandonan la planificación terapéutica estructurado antes de que termine y sean dados de alta. Por otra parte, aquellos niños que son “frecuentadores” de las consultas de pediatría presentan un índice más alto de psicopatología y consumen un porcentaje importante de llamadas telefónicas y de consultas en relación con su salud emocional.<sup>1</sup>

Las intervenciones en salud mental desarrolladas en el marco de la AP permiten superar más fácilmente el estigma de la enfermedad psiquiátrica a la vez que disminuyen las barreras para intervenciones posteriores. De todas formas, las intervenciones en salud mental son inevitables ya que cualquier respuesta dentro del marco de una consulta médica tiene un significado psicodinámico, cognitivo, conductual y emocional.

La población general que acude a consultas de pediatría estaría formada por tres grupos (Figura 1): población sana, población subclínica y población enferma. La población en riesgo de psicopatología está compuesta por parte de la población subclínica y parte de la población sana.

---

<sup>1</sup> Existen algunos hechos importantes que ponen en tela de juicio estas afirmaciones generales o que aportan una visión diferente de la indicada hasta ahora. Uno de ellos es que en la reciente integración entre PSQ y Pediatría cada vez es más frecuente que se deriven muchos niños por patología emocional inespecífica que el PSQ\_Inf no va a diagnosticar como patología psiquiátrica o que si lo hace es dentro de los Códigos V (Situaciones que sin ser patología psiquiátrica merecen atención o tratamiento). Este hecho podría revelar una medicina de AP con un comportamiento bi-modal: Unos médicos que solo derivan cuando hay una patología específica y que el PSQ casi siempre va a definir como ellos y otros que derivan una patología más general y que el PSQ va a diagnosticar en muchas ocasiones de Códigos V. Desde el punto de vista de la detección precoz ambas situaciones son complementarias y aportan información diferente en relación con la especificidad y la sensibilidad. Un buen PSQ\_Inf solo puede serlo si tiene ambos tipos de Médicos de AP.



Dentro de ésta población general existen una serie de factores que se encuentran relacionados con la aparición, o la ausencia, de patología: F Positivos, F de Protección y F de Riesgo. Los F Positivos son aquellos que permiten el enriquecimiento de funciones que ya son normales o buenas y que favorecen que el niño madure adecuadamente; los F de Riesgo y de Protección se relacionan con la posibilidad futura de aumento o de disminución de resultados negativos: Un F de Riesgo aumenta la posibilidad de algún resultado negativo y un F de Protección disminuye la posibilidad de algún resultado negativo<sup>[1]</sup>.

En la población sana habría F Positivos y F de Protección. En la población subclínica encontraríamos la influencia de algunos F de Protección y la influencia de F de Riesgo. En la población enferma ya intervienen otra serie diferente de factores que pueden agruparse en predisponentes, desencadenantes y mantenedores del episodio en curso (episodio index).

Las actividades preventivas pueden realizarse con los tres tipos de población y actuarían sobre los factores de protección y de riesgo o sobre los predisponentes, desencadenantes y mantenedores y se basan en la hipótesis de que antes de la aparición de una enfermedad aparecerían una serie de **"signos de alarma"** que nos ayudarían a la

realización de una detección precoz, con la consiguiente mejoría del pronóstico y del control de la enfermedad.

En general, podríamos decir que estos signos de alarma están relacionados con la no consecución de los fines asociados y esperados para la edad de ese niño (serían signos indicadores de discrono- o dismaduropatías). Así, p.e., en el primer año de vida los fines están relacionados con el desarrollo de la autonomía y se expresan por el desarrollo del lenguaje, la capacidad para explorar y el auto-control. Si bien es normal que el niño llore hasta que consiga lo que pretende, este llanto debe ser preocupante sólo cuando es excesivo, se acompaña de alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, excesiva ansiedad ante los extraños, no mantenimiento del contacto ocular, no sonrío o hay una excesiva rigidez muscular.

Entre la edad de 1-3 años, la meta del desarrollo guarda relación con la confianza básica de que los adultos satisfarán sus necesidades, la confianza básica en las respuestas de su propio cuerpo y en el desarrollo de la coordinación muscular. Las dificultades normales en esta edad son: una exploración constante incluyendo correr, trepar y subirse a las cosas, negativismo, chuparse el dedo, búsqueda activa de atención, curiosidad sobre las partes de su cuerpo y masturbación, regresión a conductas más infantiles de forma ocasional. Problemático sería que tuviera trastornos significativos del sueño (terrores nocturnos), problemas de comida, no aparición del lenguaje, que continuara chupándose el dedo, presentara incapacidad para separarse de su madre sin ansiedad extrema, rabietas extremas y que no iniciara el control de esfínteres.

Signos de alarma asociados con cada área de desarrollo serían:

- En el área del crecimiento, el peso y la comida: que el niño pequeño no gane peso o se mantenga, no crecimiento estatural, no adelante en su capacidad para alimentarse (comer solo comida líquida durante el 2º año de vida), rechace la comida o vomite con frecuencia.
- Temperamento/Carácter: llore más de 3 horas diariamente; esté la mayor parte del tiempo alborotado; esté constantemente irritable; si el niño es difícil de calmar y no tiene paciencia. Niño con temperamento “difícil”
- Relaciones y comunicación: no conecta con los que tiene alrededor y no responde, no sonrío, no mantiene contacto ocular.

- Emocional: historia de un evento traumático (violencia doméstica), está hipervigilante, ansioso, excesivamente preocupado, o “congelado” en el tiempo; parece triste o sin energía, muestra poca alegría.
- Sueño: se despierta muchas veces en la noche después de los 6 meses; presenta parasomnias, terrores nocturnos o sonambulismo “excesivos”.
- Lenguaje: no intenta imitar palabras o frases, después del año no señala o no usa apropiado lenguaje corporal, dificultad en identificar gestos, no usa las palabras con intención comunicativa.
- Sensitivo: se le ve hipertónico, rígido y tenso, es demasiado sensible a ruidos, a ser tocado; no focaliza o está constantemente inquieto, se muestra desorganizado durante las comidas o en otras muchas actividades.

Otros signos de alarma estarían relacionados con el ambiente del niño. Con respecto a la relación padres-hijos que puede ser observada en la consulta son llamativos la presencia de cólera hacia ellos, declaraciones negativas de sus hijos, atribuciones de malas intenciones de la conducta del niño, manejo rudo, pérdida de la paciencia, hablarle coléricamente o sin empatía.

Respecto al aspecto del niño: pobre higiene, acudir a la cita sin cosas que pueda necesitar el niño (pañales, agua, comida), falta de atención hacia él, no nota sus conductas; padres que hablan demasiado fuerte para un niño muy sensible, padres demasiado tranquilos para un niño muy poco activo, es decir, todas aquellas señales que indican ausencia de interrelación adecuada y de entendimiento emocional del niño.

Con respecto al ambiente en casa, violencia doméstica, ausencia de límites, abuso de drogas, trastorno mental en la familia (sobre todo abuso de alcohol), padres con dificultades en el trabajo.

Muy en relación con la detección precoz de psicopatología encontramos el concepto anglosajón de “Resilience” y que hace referencia a la capacidad de adaptarse satisfactoriamente a pesar de la presencia de una adversidad significativa. La “*calidad*” de “de riesgo” o “de protección” de una situación específica viene dada por la interacción de muchos factores que pueden variar con las situaciones, de tal forma que en unas circunstancias concretas una característica sea protectora y en otra de riesgo. El pionero

en los estudios de competencia y de “resilience” fue Norman Garmezy el cual, después de dedicarse al estudio de la capacidad de afrontamiento de adultos con esquizofrenia, se dedicó a estudiar a los hijos de padres con dicha enfermedad y a valorar el riesgo para desarrollarla. Describió como el hecho de tener un padre con esquizofrenia disparaba el riesgo de padecer la enfermedad pero fue consciente del hecho de que, a pesar de todo, el 90% de los hijos de padres con esquizofrenia no la desarrollaban<sup>[2]</sup>.

En general, se considera factores de protección a una serie de circunstancias tales como tener un buen funcionamiento intelectual, facilidad en las relaciones sociales, una buena red de apoyo, buen temperamento junto a sentido del humor, alta autoestima y buena salud, “talento” y confianza<sup>[4]</sup>.

Como factores de riesgo se encuentran el tener una capacidad intelectual por debajo de la media (CI de 100), fracaso escolar y problemas académicos, alteraciones de conducta en el colegio, relaciones escasas y pobres con sus iguales, ausencia de una figura adulta de apoyo, falta de consideración en el ámbito familiar, pobreza y uso de métodos de afrontamiento disruptivos.

Independiente de los factores de riesgo individual se ha intentado definir varios grupos o poblaciones de riesgo. Los más importantes y mejor estudiados son: Hijos de padres con trastorno psiquiátrico, Poblaciones marginales, Grupos étnicos específicos, Población con niveles socio-económicos bajos, Niños con enfermedades médicas graves, Niños con antecedentes de psicopatología grave y ahora en “remisión completa” y Niños con puntuaciones altas en escalas clínicas (Niños en riesgo “escalar”).

Las investigaciones sobre “riesgo psiquiátrico” indican que los resultados negativos no se relacionan con un único factor sino con una combinación o acumulación de factores y que es probable que los factores de riesgo tengan un efecto multiplicador. Michel Rutter estudia 6 factores de riesgo psiquiátrico y no encuentra diferencias entre los niños que no tenían ningún factor de riesgo y aquellos que tenían sólo uno. Los que tenían 2 ó 3 factores tenían un riesgo 5 veces mayor y aquellos que tenían 4-6 factores tenían un riesgo 20 veces mayor de tener un trastorno clínico<sup>[6]</sup>. Otros autores encuentran que niños de 11 años expuestos a 8 o más de los factores de riesgo estudiados, tenían 6 veces más la probabilidad de tener problemas conductuales que los niños expuestos a uno o ningún

factor<sup>[9]</sup>. Otros investigadores encuentran una situación parecida: los niños que tenían siete u ocho factores de riesgo (de los 10 valorados) tenían 10 veces más probabilidades de ser valorados clínicamente como enfermos que los expuestos a menos de 2 factores<sup>[7]</sup>.

La presencia de factores de riesgo en distintos niveles y sus efectos multiplicadores tienen fuertes implicaciones para la prevención. Los programas con más éxito probablemente serán las intervenciones en múltiples niveles que reduzcan los factores de riesgo en cada uno de ellos.

De todas formas se ha demostrado que ambos factores, los de protección y los de riesgo, son más útiles para predecir resultados en poblaciones que en individuos. Sólo el 30-40% de los niños en los niveles más altos de riesgo tendrán problemas<sup>[1]</sup>. Los problemas que los psiquiatras y psicólogos clínicos infantiles nos encontramos con respecto a la utilización de los factores de riesgo o de protección es que una vez identificados, su descripción no resuelve el problema ya que no indica la cadena etiopatogénica que explique su actuación por lo que difícilmente podemos romperla. Saber que el 40% de los niños de un grupo va a tener psicopatología es una información útil para un gestor de salud, pero al Pediatra y al PSQ\_Inf lo que nos interesa es conocer que niño y en que momento va a presentar la patología psiquiátrica.

Analizando los grupos de riesgo los psiquiatras clínicos se han dado cuenta de la gran cantidad de psicopatología existente en los hijos de pacientes con trastornos psiquiátricos. Este grupo de riesgo es de los más estudiados y, por lo tanto, existen una serie importante de investigaciones sobre ellos. El primer estudio de especial importancia fue realizado por Rutter en 1966 que halló una fuerte asociación entre la enfermedad parental (tanto orgánica como psiquiátrica) y los trastornos psiquiátricos en los hijos<sup>[5]</sup>.

Los estudios realizados hasta finales de los años 80 usaban aproximaciones y medidas muy diferentes y no eran comparables entre sí. Tampoco se podían extraer conclusiones suficientemente válidas. La patología paterna más estudiada ha sido los trastornos del estado de ánimo, aunque también se han realizado estudios con trastornos de ansiedad, fobia social, agorafobia, fobia simple, esquizofrenia, alcoholismo, dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad, etc. Los estudios han sido transversales, prospectivos, retrospectivos, con muestras clínicas y con diferentes tipos de grupo control.

La prevalencia de trastorno depresivo en población infantil es, aproximadamente, del 2% (1M/1F) y en adolescencia del 4-8% (1M/2F). Hammen y col.<sup>[3]</sup> han estudiado niños con edades comprendidas entre los 8 y los 16 años comparándolos según 4 grupos distintos de madres: con depresión unipolar, depresión bipolar, enfermedad médica crónica y madres sanas. Los peores resultados aparecen en los hijos de madres con depresión unipolar: una comorbilidad diagnóstica de 2.6 por niño, el 50% con trastorno afectivo y el 45% con trastorno depresivo mayor (frente al 11% en población sana). En otro estudio Weissman et al<sup>[8]</sup>, siguen, durante 10 años hijos de padres enfermos e hijos de padres sanos. Encuentran que en los hijos de padres enfermos existen porcentajes más altos de depresión mayor (x3), alcoholismo (x5), fobias (x3) y crisis de angustia (x5), a la vez que se ha encontrado una tasa de suicidio 5 veces más alta. Por otro lado, los hijos de padres con trastorno bipolar tienen 2.7 veces más probabilidad de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico y 4 veces más de desarrollar un trastorno afectivo. A nivel general, la presencia de antecedentes paternos de depresión, aumenta el riesgo de problemas médicos, de utilización de servicios de salud y de hospitalización.

En los estudios realizados con padres alcohólicos, se ha hallado una relación lineal entre su patología y la presencia de cualquier tipo de trastorno psiquiátrico en sus hijos. Estos, tienen tasas más altas de depresión, trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante.

Los factores que parecen influir en la patogenia de los hijos de padres con trastorno psiquiátrico serían el factor genético, la edad del hijo, la calidad de la parentización, el ambiente familiar, la ocurrencia de eventos vitales agudos y adversidad crónica, el número de padres enfermos y cronicidad de la enfermedad parental. Con respecto a la edad del hijo, los datos existentes apoyan la idea de que existen diferentes conflictos y problemas dependientes del periodo evolutivo que atraviesa el hijo; parece ser que la edad comprendida entre 0 y 5 años y el comienzo de la adolescencia son las más vulnerables. La depresión materna durante la lactancia puede tener efectos negativos sobre el hijo, consistentes en un perfil de disregulación conductual, psicológico y bioquímico, motivado por la influencia desorganizante de la conducta materna. Referente al factor de parentización, su pobre manifestación provoca dificultades en los hijos, así por ejemplo, las madres depresivas tienden a mostrar más los afectos negativos, ser más

críticas, menos respondientes y menos eficaces para resolver los conflictos con sus hijos de manera constructiva y comprometida a la vez que son menos eficaces en el mantenimiento de la disciplina y el establecimiento de límites. Hablan menos con sus hijos, expresan más emocionabilidad en situaciones estresantes, enseñando a sus hijos a sobrereactuar incluso en situaciones de estrés moderado.

Otros factores como la presencia de patología en ambos padres conlleva peores resultados en la evolución del niño. La severidad y cronicidad de la enfermedad parental más la suma de desventajas sociales condiciona más el pronóstico que el tipo de enfermedad en sí.

Los factores que protegen en la situación de ser hijo de padre con trastorno psiquiátrico serían tener buenas relaciones interpersonales fuera de la familia, tener una buena autoestima, un claro entendimiento de la patología paterna, ser cuidado por hermanos jóvenes parece ser que aumenta las habilidades de resolución de problemas y mejora la adaptabilidad.

Con respecto a la detección de patologías psiquiátricas concretas, podríamos indicar una serie de signos de alarma que nos alertarían facilitando una intervención precoz en el trastorno. Una de las mayores complicaciones para los pediatras y psiquiatras infantiles es el hecho, típico de la infancia, de que los procesos madurativos y evolutivos propios de estas edades influyen en las manifestaciones de las distintas patologías y origina cuadros clínicos con “matices especiales” para cada edad. Concretamente en la depresión aparece de forma diferenciada a como ocurre en la edad adulta, esto puede provocar dificultades en su diagnóstico. El diagnóstico “depresión”, p.e., puede corresponder a un síntoma, un síndrome, una enfermedad, o a un grupo de respuestas psicológicas frente a la vida. La depresión es una tristeza patológica y, como trastorno depresivo, se caracteriza porque ese síntoma nuclear dura más de lo normal, se añaden otros tales como el insomnio, la irritabilidad, los cambios en los hábitos alimentarios y los problemas en la escuela y con los amigos. Lo que diferencia un síntoma de un trastorno es la duración e intensidad de la respuesta. Por ejemplo, un niño puede estar triste como reacción a un trauma y la tristeza puede durar poco tiempo.

Algunos de los síntomas de depresión en los niños de edad escolar son: dejar de comer, estar inactivos, tristes, agresivos, llorar, tener hiperactividad, quejarse de molestias físicas, tener miedo a la muerte, sentirse frustrados, tristes o desesperados, mostrarse críticos de sí mismos, estar muy distraídos, tener baja autoestima, negarse a ir a la escuela, tener problemas de aprendizaje, moverse con lentitud, estar enojado con los padres o profesores, y perder interés en actividades que antes les gustaban. Algunos de estos síntomas pueden aparecer como respuesta a las etapas de desarrollo normales, por lo que es importante determinar si están relacionados con la depresión o son sólo parte del desarrollo del niño.

Para realizar el diagnóstico de depresión en el niño es necesario evaluar su situación familiar, su nivel de madurez emocional, su edad y desarrollo y su autoestima. Es preciso realizar un estudio completo de los síntomas de la depresión en el niño para obtener un diagnóstico correcto y elegir el tratamiento eficaz. La evaluación de la situación del niño se centra en el historial médico-psicológico del niño, la observación de su conducta por parte de los padres, maestros y profesionales de la salud mental a su cargo, las entrevistas con el niño y los resultados de las pruebas psicológicas.

Existen una serie de escalas cuyo uso en la práctica clínica nos puede orientar, si bien no diagnosticar por ellas mismas, sobre la presencia de psicopatología, sobretudo a nivel de trastornos internalizantes que permanecen ocultos durante más tiempo para los demás. Entre ellas estarían las escalas que detectan sintomatología ansioso, tipo STAIC rasgo y estado, sintomatología depresiva como el CDI, o incluso escalas como LEYTON para sintomatología obsesiva. La puntuación alta en alguna de ellas puede orientarnos en la entrevista y llevarnos a una detección precoz.

#### Bibliografía

1. [Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum Press, 1997. pg 11]
2. [Garnezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. Am J Orthopsychiat 1971; 41: 101-116]
3. [Hammen C. Burge D. Adrian C. Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. Journal of Consulting & Clinical Psychology 1991; 59:341-5]

4. [Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *Am Psychologist* 1998; 53:205-220].
5. [Rutter M. Children of sick parents. An environmental and psychiatry study. Institute of Psychiatry Maudsley Monograph No. 16. London: Oxford University Press, 1966].
6. [Rutter M. Protective factors in children's response to stress and disadvantage. In M Whalen, JE Rolf (Eds). *Primary prevention of psychopathology*. Vol 3. Social competence in children. Hanover, NH: University Press of New England, 1979: 49-74]
7. [Sameroff AJ, Seifer R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: the Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin* 1987, 13: 383-394]
8. [Weissman MM. Fendrich M. Warner V. Wickramaratne P. Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:640-8]
9. [Williams S, Anderson J, McGee R, Silva PA. Risk factor for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29: 413-419].