

# Trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia

José Martínez-Raga

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.  
Profesor del Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera

La psiquiatría del niño y del adolescente es una subespecialidad de la psiquiatría involucrada en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos de la conducta en individuos menores de 18 años de edad. En esta etapa crucial del desarrollo y del crecimiento del individuo, son característicos los denominados trastornos del neurodesarrollo, que tienen su inicio en esta etapa aunque no son exclusivos de ella, dado que parcialmente o de forma completa pueden perdurar en la edad adulta.

Dentro de la categoría de los trastornos del neurodesarrollo, en el recién publicado DSM-5 se incluyen las discapacidades intelectuales, los trastornos de la comunicación, los del espectro autista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos específicos del aprendizaje, diversos trastornos motores, y otros del neurodesarrollo especificados y no especificados (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, al igual que los adultos, los niños y adolescentes también son vulnerables a desarrollar todo el abanico de trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos de la conducta y del estado de ánimo o de ansiedad, como depresión, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático o trastornos de pánico, trastornos por consumo de sustancias o trastornos psicóticos.

### Síntomas psiquiátricos en el niño y el adolescente

La mayoría de los síndromes y los trastornos psiquiátricos que se presentan en niños y adolescentes se relacionan generalmente con la combinación de síntomas y signos en cuatro grandes áreas (tabla 1) (Goodman y Scott, 2012).

Los padres son la principal fuente de información sobre los síntomas en los niños de menor edad, pero en niños mayores y adolescentes las descripciones de los propios pacientes adquieren una mayor impor-



©THINKSTOCK

## módulo 2

### Patologías

- 7 Enfermedades más frecuentes en los niños
- 8 Tratamiento de las patologías gastrointestinales: vómitos, diarrea y estreñimiento
- 9 Tratamiento de las enfermedades respiratorias en el niño. Asma, tos y procesos infecciosos
- 10 Formulación magistral en trastornos dermatológicos del niño
- 11 Trastornos psiquiátricos en niños (depresión, TDAH...)
- 12 Alergias e intolerancias a alimentos (intolerancia a la lactosa, celiaquía...)

tancia. Un aspecto diferenciador con el adulto es que los síntomas y las alteraciones, sobre todo en la esfera emocional y conductual, se manifiestan más frecuentemente a través de «equivalentes somáticos». De este modo, son indicativos de trastornos psiquiátricos las quejas físicas y cambios importantes en el comportamiento previo (como el retraimiento en el juego o con su grupo de amigos), cambios en el rendimiento escolar, rabietas o arranques frecuentes de ira inexplicables y que pueden acompañarse de agresión, pesadillas persistentes y otros trastornos del sueño, y frecuentes quejas físicas (somatizaciones frecuentes, como dolores de cabeza y de barriga).

La mayoría de niños y adolescentes tienen temores, periodos de angustia o tristeza, o fases en las que tienen dificultades de concentración o problemas de adaptación o con-

ducta en algún momento del desarrollo. Por lo tanto, es básico establecer si estos u otros síntomas que pudiera manifestar el niño o adolescente forman parte de su comportamiento o temperamento normales o por el contrario corresponden a síntomas de un trastorno mental, aunque solo cuando los síntomas causen un impacto o alteración significativos, preferentemente en varias áreas de la actividad del paciente (ya sea en los estudios, en el entorno familiar o social o a nivel emocional), de modo que su funcionamiento diario esté claramente afectado.

En general podemos distinguir tres grandes grupos diagnósticos sobre los trastornos mentales del niño y del adolescente: los trastornos del desarrollo, los denominados trastornos externalizadores, y los trastornos emocionales (tabla 2) (Goodman y Scott, 2012). No obstante, los trastornos psiquiátricos pediátricos no quedan restringidos a estas tres agrupaciones diagnósticas. Tal es el caso de la anorexia nerviosa, la esquizofrenia de inicio precoz o el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros muchos.

### El trastorno depresivo en niños y adolescentes

Los trastornos depresivos en pediatría se definen, como en el caso de los adultos, por la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irrita-

ble, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante al menos las dos semanas previas, acompañado por síntomas como disminución o aumento del peso, alteraciones del sueño, problemas para concentrarse o sentimientos de baja autoestima o de culpa (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, se diferenciarán de las depresiones del adulto en que los síntomas son más somáticos y con un mayor componente de alteraciones conductuales, si bien existen también importantes diferencias en cómo se manifiestan los síntomas en función de la edad o el sexo, o de la presencia o ausencia de otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Además, los síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o familiar en el niño o adolescente.

### El trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El TDAH es un trastorno complejo y multifactorial caracterizado por un patrón general y persistente de inatención, hiperactividad y/o impulsividad, que es más frecuente y grave de lo que se observa típicamente en individuos a un nivel comparable del desarrollo (APA, 2013; Biederman y Faraone, 2005). Se trata de una patología que se inicia siempre en la infancia, siendo necesario para el

TABLA 1

### Grupos de síntomas en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos

- Síntomas emocionales
- Problemas conductuales
- Alteraciones o retrasos en el desarrollo
- Dificultades en las relaciones

(Goodman y Scott, 2012).

TABLA 2

### Los tres principales grupos diagnósticos de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes

| Trastornos del desarrollo              | Trastornos externalizadores                        | Trastornos emocionales        |
|--|--|-------------------------------|
| Trastorno del espectro autista         | Trastorno de conducta                              | Trastornos depresivos         |
| Trastornos de la comunicación          | Trastorno negativista desafiante                   | Trastornos ansiosos           |
| Trastornos específicos del aprendizaje | Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | Fobias                        |
| Discapacidades intelectuales           |  | Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Encopresis y enuresis                  |  | Trastornos de somatización    |

Modificada de Goodman y Scott, 2012.

diagnóstico constatar que algunos de los síntomas estuvieran ya presentes antes de los 12 años de edad. Además, otro requisito para el diagnóstico es que el deterioro causado por los síntomas del TDAH debe estar presente en al menos dos áreas de funcionamiento del sujeto. Desde un punto de vista académico, es frecuente que el paciente presente problemas de aprendizaje (especialmente en lectura, escritura y, en menor medida, en cálculo) o dificultades en la adquisición de habilidades de estudio, y que por tanto tenga un bajo rendimiento académico. A nivel familiar se manifiesta generalmente por discusiones o castigos habituales.

El TDAH no solo es el trastorno neurobiológico más frecuente en la infancia, sino que además es un trastorno crónico del neurodesarrollo, de modo que los síntomas persisten en la edad adulta en aproximadamente el 60% de los pacientes; al menos un 30% de los niños diagnosticados de TDAH continúan presentando el síndrome completo en la edad adulta (Martínez-Raga et al, 2013).

### Aspectos clínicos y epidemiológicos del TDAH

A lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, tanto en niños, adolescentes y en sujetos adultos este trastorno se asocia a importantes repercusiones a nivel personal, familiar, social y en la salud del paciente, de modo que pueden aparecer problemas de rendimiento académico, de relaciones interpersonales y en el medio laboral, así como una elevada tasa de accidentes domésticos, de tráfico o de otro tipo, junto con un mayor uso de los Servicios de Urgencias. Además, múltiples estudios indican que los trastornos por consumo de sustancias son mucho más frecuentes en pacientes con TDAH que en la población general (Schubiner, 2005; Wilens, 2007).



©GETTY IMAGES

De acuerdo con el DSM-5, se distinguen tres subtipos de TDAH: el predominantemente inatento, el predominantemente hiperactivo-impulsivo, y el combinado. El subtipo combinado representa la forma de presentación más frecuente del trastorno, tanto en la infancia como en la edad adulta, seguido del subtipo con predominio inatento y, en último lugar, el de predominio hiperactivo-impulsivo (American Psychiatric Association, 2000; Wilens y Dodson, 2004). Además, el diagnóstico del TDAH puede ser clasificado como leve, moderado o grave. Se ha evidenciado además que se trata de un trastorno global, independiente de la cultura o la localización geográfica.

### Epidemiología del TDAH en las distintas etapas de la vida

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia. En el DSM-5 se estima que la prevalencia en niños en edad escolar es del 5% (American Psychiatric Association, 2013; Fayyad et al, 2007), aunque hoy en día aún está claramente infradiagnosticado. En la edad adulta, se ha estimado que la prevalencia del trastorno en la población general es de aproximadamente el 2,5% (American Psychiatric Association,

2013; Simon, 2009), superior por lo tanto a la de otros trastornos psiquiátricos.

En cuanto a la distribución por sexos, se ha observado que en niños y adolescentes el trastorno es más frecuente en varones que en mujeres, aunque la magnitud de la diferencia varía en función de los diferentes estudios, de modo que en trabajos realizados con muestras de población general se observa una ratio hombres-mujeres de 3:1, mientras que en muestras clínicas llega a ser hasta de 9:1 (Staller y Faraone, 2006).

### Consecuencias adversas y comorbilidades asociadas al TDAH

A lo largo de la vida, este trastorno se asocia a importantes problemas en la esfera personal, familiar, social y en la salud del paciente. A nivel académico se ha descrito que los pacientes con TDAH presentan un peor rendimiento y un mayor índice de fracaso escolar, independientemente del grado de inteligencia (Martínez-Raga et al, 2013).

Los pacientes con TDAH presentan también una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tanto en la infancia y la adolescencia, como en la edad adul-

## Asociación de pacientes con TDAH (APNADAH)

**Las asociaciones de pacientes con TDAH desempeñan un papel crucial, pues además de ayudar a los propios pacientes y familiares, posibilitan un mayor conocimiento de este trastorno por parte de la sociedad, al tiempo que contribuyen a la formación de los profesionales sanitarios. Por ello, nos ha parecido oportuno hablar con una de estas asociaciones, la Asociación de Padres para Niños y Adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad (APNADAH), con sede en Valencia.**

### ¿Cuáles son los principales objetivos de la asociación?

La asociación APNADAH tiene por objeto promover el conocimiento del TDAH formando a profesionales e informando a posibles afectados y a la sociedad en general. APNADAH presta apoyo directo al afectado y a su entorno familiar facilitando estrategias y talleres de ocio para disminuir el estrés, y colabora con los profesionales para conseguir la reducción de los aspectos negativos del trastorno y lograr una mejor integración social, familiar y escolar del afectado. La asociación se creó en 1999 ante la inquietud de algunos padres y profesionales, que vieron la necesidad de unir y concienciar a las familias de niños y niñas con este trastorno para buscar mecanismos de intervención que ayudaran a mejorar sus dificultades de adaptación y mejorar su calidad de vida.



**APNADAH**

### ¿Cuáles son, en la actualidad, las necesidades más importantes de APNADAH?

Más allá de las dificultades económicas que está sufriendo la Asociación de pacientes con TDAH (lo que está provocando que muchos niños/as estén abandonando los tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos), luchamos por una mayor concienciación y conocimiento del trastorno, y por el reconocimiento por parte de las administraciones públicas, la elaboración

de protocolos de actuación entre educación y sanidad para un diagnóstico precoz, la gratuidad o reducción del coste de la medicación, y la formación especializada de los profesionales; en definitiva, uno de nuestros objetivos principales es hacer visible el trastorno. Para ello necesitamos la colaboración de todos.

### ¿Qué esperan de los médicos?

La colaboración desde sus puestos de trabajo, tanto en los servicios públicos como en las consultas privadas, para que los afectados por TDAH se sientan atendidos y comprendidos. También la rigurosa aplicación de los protocolos establecidos y, sobre todo, la realización de diagnósticos fiables con los que consigamos que la ola de opinión pública que duda de la evidencia científica del TDAH se dé cuenta de la rigurosidad con la que se trata este problema. A APNADAH le preocupa que existan tanto diagnósticos falsos positivos como pacientes infradiagnosticados, lo que en ocasiones hace que la calidad de vida de sujetos y familiares no pueda mejorar por no realizar a tiempo la intervención multimodal que necesitan.

### ¿Qué esperan de los farmacéuticos?

La información adecuada sobre los fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH: qué son y qué efectos tienen. Y por supuesto la colaboración que en algunos casos ya existe, como el acuerdo que ya tenemos con el Ilustre Colegio de Farmacia de Valencia, que queremos agradecer desde aquí públicamente.

### ¿Qué esperan del personal de enfermería?

Lo mismo que con todos los profesionales: la correcta información, la colaboración con las familias que, a veces, simplemente están muy preocupadas ante el desconocimiento que implica la llegada del diagnóstico de TDAH.

ta, de modo que al menos un 60-80% de los pacientes con TDAH presenta otro trastorno psiquiátrico (Schubiner, 2005). En la infancia y la adolescencia los trastornos de conducta y del neurodesarrollo, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (trastornos depresivos y el trastorno bipolar) constituyen las comorbilidades psiquiátricas más fre-

cuentes (Goldman et al, 1998). En el adulto, los trastornos comórbidos del TDAH son similares a los detectados en etapas previas de la vida, si bien destacan por su importancia los trastornos por consumo de sustancias que ya se observan de forma comórbida en el TDAH durante la adolescencia (Martínez-Raga et al, 2013).

### Evaluación del niño o adolescente con TDAH

La detección, y por lo tanto el diagnóstico, del TDAH se realizará a partir de la evaluación clínica (que debe ser realizada por un especialista) basada en la presencia de los criterios diagnósticos establecidos. Es necesario llevar a cabo una exhaustiva recogida de datos biográficos

relativos a la infancia, ya que es durante este periodo cuando aparecen los primeros síntomas del TDAH (Martínez-Raga et al, 2013). A pesar de que en los últimos años la neuroimagen, la neurofisiología y la neuropsicología han realizado importantes aportaciones que han permitido un mayor conocimiento del TDAH, ninguna de las exploraciones que estas especialidades ofrecen son imprescindibles o sirven por sí solas para su diagnóstico (Kooij et al, 2010). Sin embargo, estas pruebas pueden ser útiles para realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos del neurodesarrollo. Evidentemente, como en casi todos los trastornos psiquiátricos, y en particular en los de la infancia y la adolescencia, es altamente recomendable disponer también de la información aportada por los familiares. De hecho, dada la elevada «heredabilidad» del TDAH, es posible que familiares del paciente puedan aportar información adicional de antecedentes del trastorno en otros miembros de la familia.

### Aspectos generales del tratamiento del TDAH

El tratamiento de elección es el denominado «tratamiento multimodal», que combina el tratamiento farmacológico con el psicosocial (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; CADDRA, 2010). Sin embargo, el tratamiento farmacológico constituye la primera y principal opción terapéutica, ya que la evidencia de su eficacia supera a la de cualquier otra medida terapéutica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Kooij et al, 2010).

Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales también son de utilidad en el tratamiento del TDAH, especialmente en combinación con el tratamiento farmacológico para optimizar su eficacia (Ramsay y Rostain, 2007) y abordar aquellos sín-

## CASO PRÁCTICO

### Planteamiento

Los padres de un niño de 12 años con asma acuden a la oficina de farmacia tras una evaluación en la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) en la que la psiquiatra le ha diagnosticado al niño un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Desde la consulta de la psiquiatra, los padres acuden a la oficina de farmacia antes de regresar a su domicilio a recoger la medicación prescrita. El niño, que ha tenido problemas durante todos los cursos de educación primaria, está en último curso de esta. De hecho, empezó a andar relativamente tarde, hacia el final del segundo año de vida, y siempre se había mostrado muy «torpón», con propensión a los accidentes, y había empezado a hablar mucho más tarde que sus dos hermanos. En los cursos preescolares, ya había tenido problemas de adaptación, y los padres eran avisados con frecuencia porque le costaba quedarse quieto en su asiento, y a menudo corría o saltaba cuando debía quedarse en el asiento (esto seguía repitiéndose en casa, donde no podía permanecer en la mesa durante toda la comida, le costaba o le cuesta entretenerse tranquilamente en una misma actividad y siempre ha dado la sensación de «como si tuviera un motor»). En clase y en casa siempre ha interrumpido las conversaciones de otros, hablando en exceso y sin respetar los turnos. Todo ello le ha llevado a estar frecuentemente castigado y a aprobar los cursos de forma muy justa. De hecho, los maestros siempre les decían que se trataba de un niño inteligente, pero que no sacaba mejores notas porque no se esforzaba, que se distraía con cualquier cosa y a menudo los exámenes los suspendía porque no había leído la totalidad de los enunciados. Además, se trata de un niño que suele olvidarse los deberes en el cole, y muchas veces incluso habiéndolos hecho en casa se olvida de llevarlos al colegio por la mañana; siempre se le ha achacado que era muy descuidado, y que con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla. Ahora, tras completar el diagnóstico de TDAH la psiquiatra infantil le ha pautado Equasym® (una formulación de metilfenidato, con dosis crecientes hasta los 30 mg/día en titulación progresiva a lo largo de 3 semanas).

### ¿Qué recomendaciones debería sugerirle su farmacéutico en relación con la medicación prescrita?

El fármaco puede desempeñar una importante labor psicoeducativa en las patologías mentales en general y en los trastornos mentales del niño y adolescente, igual que lo hace con otras enfermedades. Un aspecto de la psicoeducación en el que el fármaco es clave es en temas relacionados con el tratamiento farmacológico y el uso adecuado de la medicación, los beneficios esperados tanto a corto como a largo plazo, y los posibles efectos secundarios, incluyendo los efectos sobre el apetito, el peso o el crecimiento del niño. Debe explicar a los padres que el metilfenidato no es una anfetamina, y que prácticamente carece de potencial de abuso. También ha de aclarar cualquier duda que los padres puedan tener sobre las posibles interacciones del fármaco, y en este caso explicarles que carece de interacciones significativas con los broncodilatadores que el niño toma por su asma o con los antibióticos que, desde hace 2 días, está tomando para la infección respiratoria que presenta.

tomas residuales y alteraciones funcionales que persisten a pesar de la medicación (Safren et al, 2006; Kooij et al, 2010). En toda intervención terapéutica para pacientes con TDAH, la psicoeducación, dirigida a mejorar el conocimiento de las características, los síntomas y las posibles consecuencias del TDAH, así como de los tratamientos disponibles, es una estrategia fundamental (Ramsay y Rostain, 2007; CADDRA, 2010; Kooij et al, 2010). Las terapias de tipo cognitivo-conductual (TCC) son el tratamiento no farmacológico con un mayor nivel de evidencia para el TDAH (Ramsay et al, 2007; Safren et al, 2010).

En 1937 se publicaron los primeros trabajos que evidenciaban la utilidad de benzedrina, una mezcla racémica de levoanfetamina y dextroanfetamina, para el tratamiento de niños con problemas de hiperactividad e inatención (Strohl, 2011). Desde entonces, diversas farmacoterapias han sido ampliamente utilizadas y continúan teniendo una papel fundamental en el tratamiento de pacientes con TDAH. Entre los fármacos psicoestimulantes se incluyen tanto las formulaciones de liberación inmediata, intermedia y larga de metilfenidato (que se utilizan en el tratamiento de pacientes con TDAH desde hace más de 50 años), como los análogos de las anfetaminas, si bien estas últimas hasta la fecha no están disponibles en España. La atomoxetina es el primer fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento de pacientes con TDAH (Garnock-Jones et al, 2009; Michelson et al, 2003). Se trata de un medicamento con una elevada afinidad por el transportador de noradrenalina, lo que genera la inhibi-

ción selectiva de la recaptación presináptica de noradrenalina, y el consiguiente aumento de los niveles de esta monoamina, en áreas con una elevada distribución de neuronas noradrenérgicas como la corteza prefrontal.

### Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013.
- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005; 366: 237-248.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines. 3.ª ed. 2010.
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 402-409.
- Garnock-Jones KP, Keating GM. Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatr Drugs*. 2009; 11: 203-226.
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*. 1998; 279: 1.100-1.107.
- Goodman R, Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
- Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 67.
- Martínez-Raga J, Szerman N, Carlos Knecht C, de Álvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J Adolesc Med Health*. 2013; en prensa.
- Michelson D, Adler L, Spencer T, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry*. 2003; 53: 112-120.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The NICE Guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. Londres: Alden Press, 2009.
- Ramsay JR, Rostain AL. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007; 38: 338-346.
- Safren SA. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(8): 46-50.
- Schubiner H. Substance abuse in patients with attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic implications. *CNS Drugs*. 2005; 19: 643-655.
- Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 204-211.
- Staller J, Faraone SV. Attention-Deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006; 20: 107-123.
- Strohl MP. Bradley's Benzedrine studies on children with behavioral disorders. *Strohl. Bradley's Benzedrine studies on children with behavioral disorders*. *Yale J Biol Med*. 2011; 84: 27-33.
- Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68(11): 4-8.
- Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 1.301-1.311.

¡Acceda a [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com) para seguir el curso!