

GUÍA PRÁCTICA PARA PEDIATRAS

Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría II

María Jesús Mardomingo Sanz



ACCEDE A LA
1.^a PARTE



Información destinada al profesional de la salud

Blemil
Optimum
ProTech



Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría II

La *Guía de trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes en la consulta de Pediatría II* tiene como objetivo ofrecer a los pediatras y médicos de familia una exposición resumida, clara y rigurosa de las características clínicas, la evaluación, el diagnóstico y las pautas de tratamiento de estos trastornos que ayude al médico a sospechar e identificar el problema.

A raíz de la pandemia de coronavirus, el aumento de niños y adolescentes que acuden a la consulta por cuadros depresivos, ansiedad, conductas suicidas, autolesiones, anorexia nerviosa y bulimia, trastornos de conducta y personalidad, disforia de género y conflictos en el medio familiar, sitúa a la psiquiatría infantil en un lugar preferente en la consulta del pediatra, que debe afrontar el reto de diagnosticar, tratar o remitir al psiquiatra infantil.

Ojalá se cumpla el objetivo de este libro, y signifique una ayuda para los pediatras y una disminución del sufrimiento para los pacientes y sus familias.

Dra. María Jesús Mardomingo Sanz

Especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Exjefa de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Exprofesora de Psiquiatría Infantil. Universidad Complutense. Madrid. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

CAPÍTULO ÍNDICE

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Trastornos de ansiedad | 1 |
| 2 | Trastorno obsesivo-compulsivo | 11 |
| 3 | Trastorno bipolar | 20 |
| 4 | Trastorno de estrés postraumático | 30 |
| 5 | Trastorno de tics | 39 |
| 6 | Divorcio y separación. Conflictividad en el medio familiar | 49 |
| 7 | Trastorno por abuso de sustancias y videojuegos | 59 |
| 8 | Acoso en el colegio y ciberacoso | 68 |

CAPÍTULO 1

Trastornos de ansiedad

Introducción

Los trastornos de ansiedad son un capítulo fundamental de la pediatría, ya que afectan al 9-21% de los niños y adolescentes¹. La ansiedad es, sin duda, una de las características de nuestra época, en la que la aceleración y la falta de sosiego impregnan la vida del individuo, y también la vida de los niños.

La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo, de defensa del individuo. La ansiedad patológica se desencadena sin que exista un peligro objetivo o, aun existiendo, su intensidad, frecuencia y grado de amenaza no lo justifican. Por tanto, el miedo y la ansiedad pueden ser una reacción normal y de adaptación a la vida, un síntoma de las enfermedades pediátricas o un trastorno específico, con graves consecuencias para el desarrollo emocional y la adaptación del niño que condicionan su evolución y calidad de vida, por lo que el pediatra tiene que ser capaz de llevar a cabo un diagnóstico acertado.



Los trastornos de ansiedad de los niños se diferencian de los del adulto en diversos aspectos: los síntomas y la expresión de los síntomas varían con la edad; el niño no tiene una clara visión de la naturaleza de sus temores; los padres no siempre interpretan correctamente lo que sucede; son trastornos con graves consecuencias para el desarrollo emocional y la adaptación social; por último, tanto los factores genéticos como el ambiente familiar ocupan un papel destacado en su etiopatogenia. La ansiedad y los miedos se heredan y se aprenden.

PUNTOS CLAVE

- **La ansiedad puede ser una respuesta fisiológica ante el estrés ambiental o una reacción patológica que acompaña a las enfermedades, y se traduce en trastornos psiquiátricos.**

Definición y epidemiología

La palabra *ansiedad* viene del latín *anxia*, que se deriva del griego *ángere*, y significa «estrechar», indicando un malestar físico y psicológico muy intenso. La ansiedad se presenta ante estímulos tanto internos como externos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos; estos ponen en marcha los mismos mecanismos fisiológicos de alerta y defensa, que tan importantes han sido en la evolución de nuestra especie.

Así como el miedo se caracteriza porque surge frente a estímulos concretos, la ansiedad tiene como característica consustancial la anticipación del peligro. El sujeto 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, la duración y el sufrimiento que producen.

La ansiedad se manifiesta en cuatro grupos de síntomas: neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales y conductuales. Los síntomas neurovegetativos pueden afectar a la mayoría de los órganos, desde la piel al corazón. Los síntomas cognoscitivos 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 el contenido afectivo de la experiencia concreta. Por último, las características temperamentales y la educación recibida influyen en cómo la ansiedad se manifiesta en el comportamiento.

La anticipación del peligro es una característica ya presente en los niños pequeños. El niño tiene la sensación de que algo malo va a pasar de forma irremediable; por ejemplo, no quiere ni puede separarse de los padres (ansiedad de separación), tiene un temor

no realista a la vida en general (ansiedad generalizada), huye del contacto social (ansiedad social), no es capaz de acudir al colegio (fobia escolar), no puede hablar cuando debe hacerlo (mutismo selectivo), y siente un intenso temor a algo concreto, ya sea un animal, los truenos, la sangre o subir a un avión (fobia simple), lo que pone al organismo en estado de alerta, desencadenándose los mecanismos neurofisiológicos y cognoscitivos de la respuesta al estrés^{2,3}.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad se han convertido en los más frecuentes en la población general durante el último siglo, lo que se atribuye a los profundos cambios experimentados en los estilos de vida. En el caso de los niños, la prevalencia de los trastornos de ansiedad ha aumentado 1 desviación estándar desde 1950 a 1990, con un efecto cohorte en el aumento del riesgo de vida en la mayoría de los países que se han estudiado¹.

Las tasas de prevalencia en los niños y adolescentes varían entre el 6-20 y el 9-21%, según distintos estudios⁴. La prevalencia en España, de acuerdo con un estudio de 1514 escolares, es del 11,8%, con persistencia de los síntomas en la mitad de los niños al cabo de 2 años⁵, lo que da una idea de la importancia sanitaria y social de estos problemas. La ansiedad a la separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes, la ansiedad generalizada al 4% (cifra que asciende en un estudio español al 6,9%), y las fobias simples al 16,2%. Las tasas varían en función del sexo, la edad y el tipo de trastorno; así, la ansiedad a la separación es la que comienza más pronto y predomina en las mujeres, lo mismo que la ansiedad generalizada. Los estudios realizados en muestras clínicas obtienen tasas de prevalencia del 33%, con un predominio en los niños de medios socioculturales desfavorecidos.

Puede concluirse que los trastornos de ansiedad son el primer motivo de consulta y diagnóstico en los niños y adolescentes; son más frecuentes en las mujeres, en contextos sociales desfavorecidos y cuando hay violencia en el núcleo familiar. El predominio en las mujeres comienza en la infancia y se mantiene a lo largo de la vida, lo que diferencia la ansiedad de la depresión, cuyo predominio en las mujeres se observa a partir de la pubertad, lo que indica que los mecanismos etiopatogénicos neuroendocrinos, y probablemente ambientales, actúan de forma distinta en ambos trastornos.

PUNTOS CLAVE

- **La ansiedad patológica implica una intensa sensación de malestar, sin causa objetiva que la justifique.**
- **Se caracteriza por anticipar el peligro, y puede surgir ante estímulos externos o vivencias internas.**
- **Predomina en las mujeres, en contextos sociales desfavorecidos o en caso de violencia familiar.**

Clínica

► CASO CLÍNICO

Clara es una adolescente de 16 años que acude a nuestra consulta a petición propia. Se observan en ella un ánimo decaído y múltiples temores y preocupaciones, que han ido incrementándose con la edad. Se siente insegura y con un temor constante a cualquier acontecimiento, por lo que pregunta una y otra vez qué debe hacer o qué creen los padres que va a pasar. Su respuesta la tranquiliza, pero el alivio le dura poco y de nuevo vuelve la angustia. Es una buena estudiante, pero cree que no será capaz de llevar adelante sus estudios, y teme de forma infundada que la critiquen sus compañeros y profesores. Tiene miedo a la vida en general y, aunque comprende en algunos momentos que es irracional, la angustia y el temor se le imponen y no es capaz de evitarlo. Sufre cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vómitos y trastornos del sueño. Es diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada y tratada con terapia cognitivo-conductual, con la que presenta una buena evolución.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional del niño^{6,7}. La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito y el llanto inmotivado son síntomas típicos de los niños pequeños, a los que se añadirán, más adelante, la expresión verbal de la angustia y los miedos y temores, a medida que se desarrollan el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos.

Las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento son síntomas ya propios de la etapa escolar, mientras que el temor al contacto social y los sentimientos de despersonalización y desrealización son propios de la adolescencia. La despersonalización implica un sentimiento de extrañeza respecto del propio yo. El adolescente se siente vacío y tiene la sensación de que el mundo circundante no existe realmente. En la tabla 1 se resumen los síntomas de la ansiedad en los niños y adolescentes. La ansiedad generalizada, las fobias simples y la fobia social aumentan progresivamente con la edad.

Ansiedad a la separación

La ansiedad a la separación consiste en la angustia intensísima que experimenta el niño cuando tiene que separarse de los padres o de las personas que lo cuidan. Se inicia en la infancia, pero también se da en la adolescencia. Es el primer trastorno de ansiedad en manifestarse y afecta, sobre todo, a los niños pequeños, disminuye en la pubertad y vuelve a aumentar en la adolescencia; es más frecuente en las niñas que en los niños.

Se trata de una angustia desproporcionada respecto a la edad y las circunstancias, que puede llegar al pánico y provocar grandes limitaciones en la vida diaria del niño: ir al colegio, salir con los amigos, ir de excursión, dormir fuera de casa, ir a un campamento... El adolescente refiere que no puede separarse de los padres como medida

TABLA 1. Síntomas de ansiedad según la edad

| |
|--|
| <p>Niños pequeños</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud motriz • Llanto inmotivado • Pérdida del apetito • Trastornos del sueño • Negativa a separarse de los padres • Dolores abdominales • Cefaleas • Temores irreprimibles • Dudas |
| <p>Niños mayores y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Temores irreprimibles • Dolor torácico • Obsesiones • Rituales • Dificultades de concentración • Sentimientos de despersonalización • Sentimientos de desrealización |

Tomada de: Mardomingo⁶.

de protección para que no les pase nada malo, desde tener un accidente del tipo que sea a ponerse enfermos; en este sentido, quedarse con la madre en casa sin ir al colegio es la mejor manera de protegerla. La ansiedad a la separación es más frecuente en las familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos y que sienten temor ante el proceso de autonomía progresiva del niño, que forma parte del desarrollo normal. A veces la madre es una mujer ansiosa que ha vivido este mismo ambiente en su familia.

Ansiedad generalizada

La ansiedad generalizada o excesiva se caracteriza por una preocupación o angustia exagerada de carácter no realista ante la vida en general. Es un trastorno que se da tanto en la infancia como en la adolescencia, aunque afecta más a las mujeres a partir de esa edad. Los miedos son muy variados, carecen de base real y se prolongan, al menos, unos 6 meses.

El niño se preocupa en exceso por los exámenes, las relaciones con amigos y profesores o cualquier otro tema, y pregunta una y otra vez a los padres acerca de lo que se va a hacer, con la necesidad de que le confirmen que no hay ningún peligro. El adolescente se siente especialmente inseguro y ansioso en cuanto a rendir en el colegio, superar el

curso, hacer una carrera, ser criticado o superar cualquier prueba, con una acusada inseguridad personal. También se manifiesta en quejas psicósomáticas: cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vértigo, disnea, opresión torácica, obstrucción en la garganta y trastornos del sueño. El adolescente puede experimentar un estado continuo de intenso nerviosismo y tensión. Tanto las exigencias excesivas como la actitud sobreprotectora de los padres hacia los hijos favorecen la aparición del trastorno.

Ansiedad social

La ansiedad social se caracteriza por el temor irreprimible al contacto social con los demás y es típica de la adolescencia. Afecta al 1% de los adolescentes, aunque en muestras clínicas esa cifra llega hasta el 14%¹. El adolescente tiene miedo a ser puesto en ridículo, humillado y avergonzado sin una razón que lo justifique, lo que limita su vida ya que sufre intensamente si tiene que relacionarse con compañeros, profesores o familiares. Se trata de un miedo específico que no afecta a otros aspectos de la actividad diaria, lo que lo diferencia de la ansiedad generalizada. En la fobia social, una vez que el paciente se libra del encuentro con los demás, la ansiedad desaparece, mientras que en la ansiedad generalizada persiste. Los tres rasgos que definen la ansiedad social son el aumento de la respuesta del sistema autónomo (taquicardia, palpitaciones, tensión muscular), la evaluación negativa de uno mismo («todos creen que soy tonto»), y la necesidad de eludir la situación social y escapar (no acudir a una reunión o celebración, o no hablar en público).

Fobias simples

La fobia siempre consiste en el miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer a un estímulo o situación concretos, y solo aparece en contacto con ese estímulo. Los niños presentan fobias a los animales, la oscuridad, las tormentas, la sangre, el ascensor, quedarse solos en la habitación, subir en avión, ir al dentista, ir solos por el pasillo, u otras situaciones. La intensidad del miedo varía en función de la proximidad o lejanía del estímulo ansioso y de sus características concretas. La posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico genera en el paciente una intensa angustia y da lugar a una serie de estrategias encaminadas precisamente a evitar esa situación.

La fobia tiene que cumplir dos criterios: producir en el niño un intenso malestar y suponer una limitación para el desarrollo de la vida normal. Son típicas del niño pequeño las fobias a los animales y a la oscuridad; más adelante aparecerá la fobia al ascensor, a ir al dentista o al colegio, y en la etapa de la adolescencia la fobia a la sangre, las heridas o el avión.

PUNTOS CLAVE

- **La ansiedad de separación y las fobias simples son típicas de los niños pequeños.**
- **La ansiedad social de los adolescentes y la ansiedad generalizada pueden aparecer a cualquier edad.**

Curso clínico

Los trastornos de ansiedad tienen una evolución variable y su pronóstico a largo plazo es incierto, aunque el comienzo anterior a la pubertad es un factor de riesgo de consumo de sustancias y de otros problemas psiquiátricos^{2,4}. Mientras las fobias simples tienden a desaparecer espontáneamente, otros trastornos siguen una evolución de tipo crónico o en forma de recaídas y etapas de recuperación, con resistencia al tratamiento, y pueden prolongarse en la vida adulta. Si las fobias simples persisten, debe sospecharse la existencia de otros trastornos psiquiátricos asociados. Por el contrario, la evolución de la ansiedad social suele ser de tipo crónico, lo que puede interferir en las relaciones sociales del adolescente y las actividades de su vida cotidiana, e incluso impedir la asistencia al colegio. Es frecuente la depresión secundaria⁸.

PUNTOS CLAVE

- **El curso clínico es de carácter variable.**
- **El comienzo antes de la pubertad ensombrece el pronóstico.**

Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por asociarse con mucha frecuencia a otras enfermedades psiquiátricas. Las patologías comórbidas más frecuentes son otros trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, abuso de drogas, trastorno bipolar y trastornos del espectro autista, y esquizofrenia^{2,4}. Se calcula que las tasas de comorbilidad son del 39 % en los niños y del 14 % en los adolescentes de la población general, aunque ascienden al 50 % en muestras clínicas.

PUNTOS CLAVE

- **Los trastornos de ansiedad se asocian preferentemente con otros trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y trastorno bipolar.**

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se hace de acuerdo con los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, en su 5.ª edición (DSM-5), y la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su 11.ª revisión (CIE-11). El diagnóstico puede ser acertado incluso cuando el paciente no cumpla con todos los criterios. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la ansiedad normal, la timidez excesiva, la depresión, la esquizofrenia, los trastornos del espectro autista (de modo particular con el síndrome de Asperger), el TDAH, los trastornos de conducta y el trastorno bipolar. La

realización del diagnóstico diferencial es muy importante, pues puede variar el tratamiento y el pronóstico¹⁹. En caso de duda o de cuadros moderados o complejos, el paciente debe remitirse al Servicio de Psiquiatría Infantil, pero es esencial que el pediatra sospeche el diagnóstico. El diagnóstico temprano mejora considerablemente el pronóstico y la evolución a largo plazo de la enfermedad.

PUNTOS CLAVE

- **Los síntomas de ansiedad deben formar parte de la exploración del pediatra por su frecuencia y significado.**
- **Pueden oscilar desde cuadros leves a indicar un trastorno psiquiátrico grave.**

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son: mejorar el cuadro clínico aumentando la calidad de vida del paciente; favorecer el desarrollo emocional y social del niño; prevenir la aparición de otros síntomas psiquiátricos asociados, especialmente de tipo depresivo, y mejorar el pronóstico evitando la evolución crónica del proceso⁴.

Las tres medidas terapéuticas más eficaces son la terapia cognitivo-conductual, el tratamiento farmacológico y el asesoramiento a los padres¹⁰. También existen programas de intervención en los colegios¹¹.

Si el trastorno de ansiedad es poco intenso, puede ser suficiente la terapia de apoyo y el asesoramiento a los padres, que puede llevar a cabo el pediatra. La terapia cognitivo-conductual es especialmente eficaz en las fobias simples mediante una exposición progresiva del niño al estímulo que le produce ansiedad.

Los fármacos más eficaces son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Las benzodiazepinas están indicadas en los episodios agudos. El tratamiento farmacológico está recomendado cuando no se observa mejoría con la terapia cognitivo-conductual, en los casos moderados o graves o si no es posible llevar a cabo la psicoterapia. La combinación de terapia cognitiva y fármacos suele obtener los mejores resultados.

PUNTOS CLAVE

- **Tratar pronto los trastornos de ansiedad disminuye el riesgo de que evolucionen de forma crónica.**
- **El pediatra puede tratar los casos leves.**
- **Los casos moderados y graves requieren tratamiento farmacológico.**

Conclusiones



La ansiedad es una enfermedad de nuestro tiempo que se hereda y se aprende.



Su diagnóstico temprano mejora el pronóstico, por lo que su detección debe formar parte de la exploración habitual del niño por parte del pediatra, quien debe tratar los casos leves y sin complicaciones, y seguir la evolución de los casos remitidos al Servicio de Psiquiatría.



Su apoyo al niño y a la familia es esencial para que se cumpla el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 361-414 [edición digital, 2019].
2. Taylor J, Lebowitz L, Silverman W. Anxiety disorders. En: Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook [internet], 5.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
3. Vogel F, Gensthaler A, Stahl J, Schwenck C. Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(9): 1169-1181.
4. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(2): 267-283.
5. Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosí S, Arijá V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(1): 131-143.
6. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el niño. Una patología de nuestro tiempo. *Vox Paediatrica*. 2012; 19(1): 24-29.
7. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatr Integral*. 2005; 9(2): 1-10.
8. Ranoyen I, Lydersen S, Larose TL, Weidle B, Skokauskas N, Thomsen PH, et al. Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(11): 1413-1423.
9. Feriante J, Bernstein B. Separation anxiety. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
10. Kendall PC, Brady EU, Verduin TL. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(7): 787-794.
11. Hugh-Jones S, Beckett S, Tumelty E, Mallikarjun P. Indicated prevention interventions for anxiety in children and adolescents: a review and meta-analysis of school-based programs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 30(6): 849-860.

CAPÍTULO 2

Trastorno obsesivo-compulsivo

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), al que ya se refería Paracelso, se caracteriza por ser un cuadro clínico que se ha mantenido sin cambios a lo largo de la Historia y que, a pesar de ser un trastorno tan antiguo, no se diagnosticó en la infancia hasta el año 1903, precisamente en un niño de 5 años. Los síntomas son obsesiones y compulsiones irreprimibles que invaden la conciencia del paciente.

El TOC de los niños se diferencia del de los adultos en que las compulsiones suelen preceder a las obsesiones en el comienzo del cuadro clínico, los pacientes tienen menor conciencia del carácter patológico de lo que les sucede, el riesgo familiar es más elevado, y hay una mayor comorbilidad con tics, trastornos del desarrollo y conductas disruptivas. Se estima que la mitad de los casos del adulto han comenzado en la infancia. El hecho de no diagnosticarse en la infancia puede empeorar la evolución y disminuir la eficacia del tratamiento¹.



PUNTOS CLAVE

- **Las características del TOC de nuestros días apenas han variado respecto al de épocas antiguas, y el de los niños y adolescentes es semejante al del adulto.**

Definición y epidemiología

La palabra *obsesión* deriva en español del latín *obsessio*, que a su vez viene de *obsidere* (asediar) y *sedere* (sentar). Significa la idea, preocupación, duda o deseo que uno no puede apartar de su mente y, por tanto, representa un auténtico asedio para la persona que la sufre. Las obsesiones son pensamientos involuntarios y recurrentes que invaden la conciencia del sujeto, quien los percibe como inapropiados y carentes de sentido, experimentando un intenso malestar. El paciente considera la idea obsesiva como ajena a la propia personalidad y, aunque se siente incapaz de librarse de ella, la mayoría de las veces reconoce que se origina en su interior y que no tiene sentido. También la mayoría de los niños que sufren TOC suelen tener conciencia, en mayor o menor grado en función de su edad, del carácter absurdo de sus ideas obsesivas y de los actos que se sienten obligados a repetir. Las obsesiones pueden versar sobre los temas más variados: palabras, recuerdos, números, experiencias, pensamientos, miedos, imágenes, música u otros. Son especialmente frecuentes las obsesiones de contaminación y de duda.

La palabra *compulsión* viene del latín *compellere*, y significa «obligar a hacer». Las compulsiones son actos irreprimibles de carácter repetitivo, cuya ejecución no se puede impedir. Aparentemente tienen una finalidad y se llevan a cabo según determinadas reglas, pero su verdadero objetivo es evitar que algo malo suceda. La compulsión alivia la tensión del sujeto, un alivio que es pasajero y que enseguida requiere que se vuelva a ejecutar. Las compulsiones más frecuentes consisten en lavado de manos, comprobar, contar, ordenar, tocar y almacenar. La actividad compulsiva se lleva a cabo según reglas bien establecidas respecto al momento, la duración y el número de actos, de tal forma que no hacerla con la misma exactitud significa que hay que volver a empezarla. Tanto las obsesiones como las compulsiones producen un intenso malestar e interfieren de un modo significativo en las relaciones personales y sociales^{1,2}.

Epidemiología

La prevalencia del TOC ha aumentado a lo largo de los últimos 50 años, y se calcula que afecta al 1,3-3,3% de los niños y adolescentes, aunque es difícil saberlo con exactitud ya que los resultados varían en función de la metodología y de los criterios diagnósticos empleados¹⁻³.

Existen dos picos en la edad de comienzo de los síntomas: en la infancia y en los primeros años de la juventud, de forma más temprana en los varones. Desde que comienzan los síntomas hasta que el paciente consulta transcurre una media de 5-8

años. La prevalencia del TOC es similar en ambos sexos, aunque con un mayor número de diagnósticos en los varones en la infancia, tal vez por la mayor gravedad y porque comienza antes. En torno al 50% de los casos del adulto empiezan en la infancia. No se han encontrado diferencias raciales, socioeconómicas o culturales^{1,4}.

PUNTOS CLAVE

- **Las obsesiones son pensamientos involuntarios y recurrentes que invaden la conciencia del sujeto.**
- **Las compulsiones son actos repetitivos cuya ejecución no se puede impedir con la finalidad de evitar que algo malo suceda.**
- **La prevalencia del TOC es del 1,3-3,3% en los niños y adolescentes.**

Etiopatogenia

El TOC de los niños tiene un elevado componente genético y hereditario, de forma que a la herencia le corresponde el 45-65% de la varianza⁵. Los estudios de neuroimagen y neuropsicológicos detectan alteraciones de los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales, con hiperactividad de la corteza frontoorbitaria; ello conlleva que el sujeto centre la atención de forma persistente en las ideas obsesivas, lo que desencadena la aparición de compulsiones cuyo fin es mitigar el malestar. Están afectados los circuitos serotoninérgicos y dopaminérgicos, cuyas alteraciones mejoran con la administración de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y terapia cognitivo-conductual (TCC). El TOC también puede aparecer en los niños a raíz de una infección por estreptococo betahemolítico del grupo A¹.



PUNTOS CLAVE

- El TOC tiene un elevado componente genético y hereditario.
- Están afectados los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales con hiperactividad de la corteza frontoorbitaria.
- Una infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A puede desencadenar el cuadro clínico.

Clínica, curso clínico y comorbilidad

► CASO CLÍNICO

Bruno es un niño de 6 años que viene a nuestra consulta con sus padres. Es el pequeño de 3 hermanos y sus antecedentes personales son normales. Entre los antecedentes familiares cabe mencionar que su abuelo paterno fue diagnosticado de un trastorno psiquiátrico no bien identificado. El padre sufrió pensamientos y actos repetitivos de joven, especialmente en situaciones de estrés, que todavía continúan, pero nunca ha consultado por ello.

Los padres refieren que desde hace unos 2 meses lo notan más callado, preocupado, con dificultad para tomar decisiones, que repite palabras en voz alta y que tarda en acostarse pues dedica mucho tiempo a lavarse los dientes y las manos y a ordenar sus cosas y la mochila. También lo observan irritable y que llora con facilidad. Es perfeccionista y amable. Nunca ha dado ningún problema.

A solas con el niño, este se muestra callado al principio, pero poco a poco cobra confianza y cuenta que tiene ideas que le vienen a la cabeza y se le repiten sin saber por qué. Piensa que es malo y que Dios lo va a castigar, tiene miedo de que sus padres se pongan enfermos, de que la madre ingrese en el hospital, de que toda la familia tenga un accidente. Él procura portarse bien para evitarlo. También repite cosas: recorrer el pasillo, tocar los apliques de la luz, entrar y salir varias veces por la puerta o lavarse las manos. Todo empezó cuando tenía 4 años a raíz de una ocasión en que oyó discutir a los padres. No ha hablado con nadie, pues pensarían que estaba loco; él también lo piensa a veces. Pensó en decírselo a su madre, pero no lo hizo para no preocuparla.

Los temas y contenidos de las obsesiones y compulsiones pueden ser muy variados y abarcar cualquier aspecto de la realidad y de la vida cotidiana, aunque lo habitual, tanto en la infancia como en la vida adulta, es el predominio de determinados temas y contenidos⁶. Lo más frecuente es que el cuadro clínico esté formado por obsesiones y compulsiones conjuntamente, aunque a veces pueden darse de forma aislada, en cuyo caso son más frecuentes las compulsiones sin obsesiones. Tanto las obsesiones como las compulsiones varían en su expresión y en su contenido durante el curso de la enfermedad, y la mayoría de los pacientes tienen ambos tipos de síntomas en alguna etapa del curso clínico.

Las obsesiones más frecuentes en la infancia son las relacionadas con temores a la contaminación y el contagio por gérmenes y suciedad, así como los peligros potencia-

les que puedan correr las personas queridas, simetría y exactitud, y escrúpulos religiosos. Otras obsesiones se relacionan con las funciones corporales, las preocupaciones de tipo sexual y agresivo, y el temor a dañarse a uno mismo. El niño refiere miedo a enfermar, a morir, a peligros indefinidos, a obsesiones con los números, con temas religiosos, con ser bueno o malo, y con incapacidad para tomar decisiones.

Las compulsiones más frecuentes son las relacionadas con rituales de limpieza, repetición y comprobación: lavarse las manos constantemente hasta llegar a sufrir lesiones en la piel; entrar y salir varias veces por la puerta; recorrer varias veces el pasillo; comprobar si las ventanas están cerradas, el gas apagado, el horno encendido, o mirar lo que hay debajo de la cama. Son frecuentes los rituales antes de acostarse, como ordenar sus cosas, mirar debajo de la cama antes de recostarse en ella, recitar oraciones o comprobar las ventanas.

El cuadro clínico comienza con una obsesión o una compulsión que dura meses o años, y luego puede cambiar a otra o a varias. Aproximadamente unos tres cuartos de los pacientes pasan por un periodo de lavado excesivo, y las obsesiones y compulsiones de tipo sexual suelen disminuir al final de la adolescencia. La sintomatología puede ser extremadamente grave, incapacitando al niño y al adolescente para llevar una vida normal. Lo más habitual es que se consulte después de varios meses, o incluso transcurridos varios años de haber comenzado el cuadro clínico, lo que depende, en gran medida, de la percepción que tienen los padres del problema y del grado de interferencia de los síntomas con la vida normal del niño y de la familia.

Implicación de los padres en la sintomatología

Una característica destacada del TOC es que el niño y el adolescente necesitan, piden y exigen que los padres participen y se involucren en los rituales como un modo de disminuir la tensión y la ansiedad que sufren. Un 56% de los padres lo hace a diario, lo que interfiere en la rutina de la casa. Los padres colaboran confiando en su mejoría, pero pronto comprueban que esta no se presenta, por lo que experimentan sentimientos de intensa frustración pues son conscientes de la pérdida de control del hijo sobre sus propios actos y pensamientos. La exigencia de que los padres colaboren puede tener un carácter implorante e incluso agresivo por parte del paciente, lo que da lugar a situaciones de intenso dramatismo⁷. La implicación y participación de los padres en la sintomatología afianza el cuadro clínico, no libra al paciente de la angustia, disminuye la respuesta al tratamiento y perturba aún más la interacción familiar.

Curso clínico

El curso clínico del TOC suele ser de tipo crónico y de carácter fluctuante, con periodos de mejoría y otros de empeoramiento¹⁸. El paso de un cuadro clínico grave a otro menos grave suele darse de forma gradual, mientras que los empeoramientos se presentan indistintamente de modo súbito o bien de forma progresiva. La evolución oscila desde la remisión total de la sintomatología hasta la persistencia del cuadro clínico en el 40-50% de los casos, con sintomatología subclínica en otro 20% aproximadamente. Cuando no se trata, solo el 10% de los pacientes se cura de forma espontánea, un 10%

empeora a lo largo de la evolución y un 80% permanece con un cuadro estable sin remisión de los síntomas⁹. De ahí la importancia de diagnosticarlo y de tratar el TOC cuanto antes. Se constata que algunas obsesiones y compulsiones tienden a persistir, especialmente las que aparecieron en primer lugar. La complejidad del curso clínico se manifiesta en el hecho de que, mientras unos pacientes se recuperan, otros siguen enfermos toda la vida y otros se curan del TOC, pero sufren otro trastorno psiquiátrico.

Comorbilidad

El TOC se caracteriza por una elevada comorbilidad¹⁸, hasta el punto de que dos tercios de los pacientes sufren otro trastorno psiquiátrico, especialmente depresión y ansiedad, sobre todo en los casos que comienzan en la adolescencia. Aproximadamente un tercio de los pacientes sufre un trastorno de ansiedad, un tercio depresión, un tercio trastornos de conducta y otro tercio tics¹⁰. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son la fobia social, la ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y la ansiedad frente a una posible separación. Detectar la comorbilidad es esencial para la evolución de la enfermedad y el tratamiento.

PUNTOS CLAVE

- **Las obsesiones y compulsiones son muy variadas y pueden referirse a cualquier aspecto de la vida.**
- **El curso clínico es crónico y de carácter fluctuante. El 80% de los pacientes sufre otro trastorno psiquiátrico.**
- **La implicación de los padres en la sintomatología no libra al paciente de la angustia y perturba aún más la relación familiar.**

Diagnóstico

El diagnóstico del TOC en los niños y adolescentes se establece de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11. Se requiere que el paciente sufra obsesiones y compulsiones en algún momento del curso clínico que ocupen, al menos, 1 hora del día, y que reconozca su carácter excesivo, irracional e irreal, lo que no siempre es fácil en los niños pequeños, aunque la mayoría son conscientes de que es absurdo lo que les pasa. El cuadro clínico perturba la vida normal del niño, interfiriendo de forma notable en sus actividades diarias y en las de la familia.

El diagnóstico diferencial del TOC hay que hacerlo con los rituales normales de la infancia, con otros trastornos psiquiátricos y con enfermedades pediátricas que se acompañan de síntomas obsesivo-compulsivos¹¹.

El ritual normal no produce ansiedad ni interfiere en la vida cotidiana. Es una forma de aprendizaje de la que el niño disfruta, los padres y profesores no lo perciben como patológico y tiende a desaparecer con la edad. En el diagnóstico diferencial se incluyen

otros trastornos psiquiátricos: trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, anorexia nerviosa, síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de ansiedad, depresión y trastornos del espectro autista.

Por último, hay que descartar que el paciente sufra alguna enfermedad en la que sean frecuentes las obsesiones y las compulsiones, como sucede en el retraso mental, los traumatismos craneoencefálicos, los tumores y la epilepsia. En estos casos, los contenidos obsesivos y las compulsiones son consecutivos a la afectación cerebral de los pacientes.

PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico requiere la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, al menos, 1 hora al día, que perturben la conciencia y la vida del paciente.**
- **Deben distinguirse de los rituales normales del niño que producen satisfacción, sirven para el aprendizaje y tienden a desaparecer.**

Tratamiento

El tratamiento del TOC ha experimentado un avance considerable con los ISRS y la TCC, con mejoría en un porcentaje elevado de pacientes. La educación y el asesoramiento a la familia es otro aspecto imprescindible. Se comienza con TCC en los casos leves y moderados, y con tratamiento farmacológico y TCC en los graves, en función del cuadro clínico, el tiempo de evolución y los servicios sanitarios disponibles^{1,2,8}.

En la terapia de apoyo, que debe llevar a cabo el pediatra colaborando con el psiquiatra infantil, es necesario que el paciente y los padres comprendan las características del trastorno, que es una enfermedad como cualquier otra; que, a pesar del carácter aberrante de las ideas obsesivas, el niño no está loco; y que va a mejorar y, en muchos casos, curarse. Muchos padres acuden a la consulta aterrorizados por la situación de su hijo. Cuando comprenden que es una enfermedad más que puede tratarse, disminuyen los sentimientos de ansiedad, desconcierto y culpa, una tranquilidad que se transmite al hijo. El seguimiento del paciente por parte del pediatra, que puede durar meses o años, es una de las claves de la mejoría, pues da calma y seguridad al paciente y a la familia.

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento del TOC depende de la gravedad del cuadro clínico, la edad, las características del paciente y la familia, y el acceso a los servicios sanitarios.**
- **Consiste en TCC, fármacos ISRS y apoyo y asesoramiento al paciente y a los padres.**
- **La relación médico-paciente-padres es uno de los pilares del tratamiento¹.**

Conclusiones



El TOC afecta al 1,3-3,3% de los niños y adolescentes, por lo que es casi obligatorio que el pediatra reciba a estos pacientes en su consulta. Los factores genéticos son muy importantes, pero los ambientales no lo son menos respecto a la evolución y el tratamiento. Para ello, son eficaces no solo los ISRS sino también la TCC, la terapia de apoyo y el ambiente familiar.



Las características del cuadro clínico producen vergüenza en los niños y en los jóvenes, lo que lo convierte en un «trastorno silencioso». Por ello muchos casos no se diagnostican, o se diagnostican y tratan tarde, lo que prolonga el sufrimiento de los pacientes y empeora su calidad de vida, el pronóstico y el curso clínico. El papel del pediatra es esencial para el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento, transmitiendo confianza, seguridad y calma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 415-474 [edición digital, 2019].
2. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. En: Martin A, Bloch M, Volkmar F, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
3. Skuse D, Bruce H, Dowdney L, eds. Child psychology and psychiatry frameworks for clinical training and practice, 3.^a ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2017.
4. Brock H, Hany M. Obsessive-compulsive disorder. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
5. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(1): 21-33.
6. Swedo L, Rapoport J. Phenomenology, and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. En: Rapoport J, ed. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Washington: American Psychiatric Press; 1989.
7. Flessner CA, Freeman JB, Sapyta J, García A, Franklin ME, March JS, et al. Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(7): 716-725.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(1): 98-113.
9. Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, Geffken GR. Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. *Issues Ment Health Nurs*. 2007; 28(6): 555-574.
10. Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29(5): 766-772.
11. Mardomingo MJ, Lázaro L. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Soutullo C, Mardomingo M, eds. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente AEPNYA. Madrid: Panamericana; 2010. p. 111-127.

CAPÍTULO 3

Trastorno bipolar

Introducción

El trastorno bipolar es una entidad especialmente grave, poco frecuente antes de la pubertad y cuyo diagnóstico es un auténtico desafío para el médico, que debe estar familiarizado con sus características. Aún no se conocen bien las relaciones del trastorno bipolar del niño con el trastorno bipolar del adulto o con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Tampoco los criterios diagnósticos tienen un carácter definitivo, lo que no excluye la necesidad de diagnosticarlo y tratarlo en la infancia. El hecho de que la edad y el desarrollo cognoscitivo y emocional modulen las manifestaciones clínicas, que son más versátiles y variadas en la infancia, explica las dificultades de realizar el diagnóstico. A partir de los 14-15 años de edad el cuadro clínico se asemeja cada vez más al del adulto. El trastorno bipolar no solo afecta al desarrollo normal, sino que además aumenta el riesgo de suicidio, psicosis, abuso de sustancias y trastornos de la conducta.

PUNTOS CLAVE

- **El trastorno bipolar es poco frecuente en los niños, pero es imprescindible diagnosticarlo por su especial gravedad.**



Definición y epidemiología

La palabra *manía* procede del griego *mania*, y significa «locura, delirio, agitación, exaltación o euforia excesiva». El término *hipomanía* indica un estado intermedio, sin delirio y sin una perturbación excesiva de la vida cotidiana, relativamente frecuente en los periodos de recuperación de un episodio de manía. La característica esencial del trastorno bipolar es la alternancia de episodios maniacos con otros depresivos, que suelen estar bastante bien definidos en el adulto pero no tanto en los niños. El paciente se muestra irritable, inquieto, eufórico, con ánimo expansivo y dificultades de concentración, que después pasarán a la tristeza, el decaimiento y la abulia. Es relativamente frecuente la muerte por suicidio en los adultos, cuando el paciente, en las etapas de lucidez, es consciente de la gravedad de lo que le pasa. Diagnosticarlo pronto y tratarlo bien es de gran ayuda para el paciente y su familia.

Epidemiología

No se conocen con exactitud las tasas de prevalencia, aunque se ha observado un aumento de los diagnósticos en las últimas décadas, especialmente en Estados Unidos, coincidiendo con un incremento de los trastornos afectivos. Las tasas de prevalencia en la población pediátrica oscilan en torno al 0,6-1,8%¹⁻⁴; en los adultos se sitúan en torno al 1%, sin diferencias en función del sexo.

En términos generales, puede decirse que el trastorno bipolar comienza antes de los 20 años en un 20% de los casos, antes de los 10 en un 10% y antes de los 25 en un 50%. Por tanto, aproximadamente la mitad de los casos empiezan en la adolescencia y los primeros años de la juventud. De estos pacientes, un tercio sufre un cuadro grave que requiere hospitalización. Estas cifras son semejantes, de forma sorprendente, a las ofrecidas por Kraepelin, para quien el 3% de los casos de psicosis maniaco-depresiva empezaba antes de los 15 años y el 20% antes de los 20. Algunos estudios aumentan hasta un 60% los casos que empiezan antes de los 20 años, aunque este dato debería confirmarse.

PUNTOS CLAVE

- **El trastorno bipolar se caracteriza por la alternancia de episodios maniacos, depresivos y mixtos.**
- **Aproximadamente un 20% de los casos comienza antes de los 20 años.**

Etiopatogenia

El carácter familiar de la manía se sospechó desde las primeras descripciones de la enfermedad, calculándose que el 80% de la varianza corresponde a factores genéticos⁵, ya que participan numerosos genes, cada uno de los cuales aportaría una pequeña parte de la varianza. Los estudios de gemelos indican una concordancia del 65-70% en los gemelos monocigóticos, frente al 14% en los dicigóticos³. Los estudios de familiares

indican que los parientes más cercanos tienen un riesgo 8-10 veces mayor de padecer la enfermedad que los parientes más lejanos y que la población general, lo que indica la transmisión familiar de la enfermedad^{3,6}.

Otra línea de investigación es la interacción genes-ambiente centrada en el papel de la familia. Son factores de riesgo y de mal pronóstico que los padres sufran un trastorno bipolar, que haya acontecimientos vitales estresantes, un nivel socioeconómico desfavorecido, conflictos en la familia y emotividad elevada. Más de la mitad de los niños sufren rechazo en el colegio, tienen menos amigos, se relacionan peor con los compañeros, se sienten solos y sufren niveles más altos de estrés. Los acontecimientos vitales estresantes contribuyen al desencadenamiento de la sintomatología y de los sucesivos episodios del trastorno bipolar, lo que disminuye la capacidad de adaptación y respuesta del organismo y favorece la rápida ciclación.

PUNTOS CLAVE

- **Los factores genéticos tienen un papel destacado en el trastorno bipolar ya que en él intervienen numerosos genes.**
- **El hecho de que los padres sufran este trastorno y las dificultades para educar al hijo empeoran el pronóstico y la evolución de la enfermedad.**

Clínica, comorbilidad y curso clínico

► CASO CLÍNICO

Victoria es una niña de 7 años que acude a nuestra consulta con sus padres, médicos de profesión. Tiene un hermano sano de 5 años. El parto y el embarazo fueron normales. Comenzó a caminar al año y medio y a hablar a los 2 años. Fue diagnosticada de un retraso psicomotor leve y de una discapacidad intelectual también de grado leve a los 5 años. En la actualidad su grado de comprensión, vocabulario y sintaxis está por debajo de la edad cronológica, por lo que recibe clases de apoyo en el colegio y particulares de refuerzo en casa. Es una niña cariñosa, comunicativa y sociable. A los 5 años los padres empezaron a observar en ella oscilaciones del humor: pasaba de la alegría a estar callada y retraída, con episodios de llanto inmotivado, inquietud, irritabilidad, y momentos de exaltación en que aseguraba que iba a sacar muy buenas notas y que todas las niñas querían ser sus amigas y la iban a invitar a sus casas. La irritabilidad fue haciéndose más intensa con mayores dificultades de atención y concentración, no escuchaba a los padres, se enfadaba sin motivo con el hermano y se negaba a ver a los abuelos, a los que quería mucho. Cuando le preguntaban qué le pasaba, no sabía explicarlo.

Entre los antecedentes familiares, cabe destacar que un primo paterno tiene TDAH y una bisabuela materna tenía un comportamiento peculiar con reacciones extremas, pasando de estar feliz y exultante a encerrarse en su habitación durante días sin querer ver a nadie, aunque nunca consultó a un médico.

.../...

.../...

Los padres y el pediatra de Victoria pensaron que podía tener un TDAH, por lo que se le administró tratamiento con metilfenidato, lo que empeoró el cuadro clínico. Los padres notaban que los periodos de decaimiento y tristeza y los de irritabilidad duraban días u horas, o se presentaban conjuntamente. También sufría insomnio, por lo que decidieron acudir al psiquiatra infantil. La niña fue diagnosticada de un trastorno bipolar y tratada con litio, con lo que experimentó una evidente mejoría al cabo de 6 meses, con estabilización del estado de ánimo y desaparición del insomnio. Al cabo de 2 años la evolución seguía siendo buena.

El cuadro clínico del trastorno bipolar en los niños no tiene unas características tan bien definidas como en el adulto, ya que los episodios de depresión y de manía son más cortos y menos aparatosos, y la irritabilidad es un síntoma constante. En los niños pequeños se trata preferentemente de un trastorno de tipo crónico, más que de carácter episódico, con rápidas fluctuaciones del ánimo y el comportamiento, incluso varias veces durante el día, a lo que se unen la mezcla de síntomas maniacos y depresivos y la frecuente comorbilidad con ansiedad, TDAH y trastorno negativista desafiante, todo lo cual dificulta el diagnóstico⁷. A medida que la edad de inicio se aproxima a la pubertad y adolescencia, la «bipolaridad» del trastorno se hace más evidente, con manifestaciones similares al cuadro clásico de trastorno bipolar.

En los niños menores de 9 años los síntomas más destacados son la irritabilidad, las rabietas intensísimas y la labilidad emocional, mientras que los niños de más edad presentan preferentemente euforia, exaltación, paranoia y delirios de grandeza. Ambos grupos sufren hiperactividad, verborrea y distractibilidad.

En el adolescente los síntomas característicos son: exaltación del estado de ánimo, verborrea, grandiosidad, fuga de ideas, aceleración del pensamiento, irritabilidad, sentimientos de grandiosidad, dificultad para centrar la atención, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, descenso del número de horas de sueño y aparición de conductas extrañas. Hay síntomas psicóticos en un 35 % de los casos, más frecuentes en los adolescentes que en los niños. En un estudio español se indica que los síntomas más frecuentes son irritabilidad (92%), distractibilidad (62%), inquietud (62%), agitación y alteraciones cognoscitivas (60%), seguidos de disforia, grandiosidad e hiperactividad. Los cuadros subclínicos se caracterizan por síntomas depresivos igualmente intensos, así como por la comorbilidad⁸. Podría resumirse que la irritabilidad es el síntoma clave si el trastorno comienza en la infancia; la inquietud y la imposibilidad de permanecer tranquilos cuando comienza en la adolescencia, y la presión del lenguaje cuando empieza en la vida adulta.

Comorbilidad

El trastorno bipolar de los niños y adolescentes se acompaña con mucha frecuencia de otras enfermedades psiquiátricas, de modo particular el TDAH, los trastornos de con-

ducta, los trastornos de ansiedad, el abuso de drogas y, en menor grado, el trastorno obsesivo-compulsivo y las enfermedades pediátricas.

Los niños tienen tasas más altas de TDAH y trastornos de la conducta, mientras que en los adolescentes es más habitual el abuso de drogas, de tal forma que el riesgo aumenta en un 8,8% en los casos que comienzan en esta etapa².

Aproximadamente el 50-80% de los pacientes sufre TDAH, un 20-60% trastornos de la conducta, un 30-70% trastornos de ansiedad y un 40% abuso de sustancias⁶. También se asocia el trastorno bipolar a crisis de pánico y trastornos del espectro autista, especialmente el síndrome de Asperger. La comorbilidad modifica la respuesta terapéutica y empeora el pronóstico, por lo que es fundamental hacer bien el diagnóstico y establecer las prioridades del tratamiento.

Curso clínico

El trastorno bipolar sigue un curso crónico en un porcentaje elevado de pacientes, con tasas de remisión del 35-40% después de 1 año de tratamiento, recaídas posteriores en el 40-50% de los pacientes, y una remisión completa al cabo de 2 años en menos del 40%. El carácter incapacitante del trastorno bipolar se manifiesta en las relaciones personales, el rendimiento académico y la adaptación general a la vida, de tal modo que una quinta parte de los pacientes tiene que dejar el colegio¹⁰. Los estudios longitudinales constatan lo difícil que resulta identificar los episodios de manía y depresión como periodos bien delimitados en el tiempo.

Entre los factores de mal pronóstico podemos citar los siguientes: comienzo temprano, larga duración, cuadros mixtos, ciclación rápida, síntomas psicóticos, comorbilidad, psicopatología de los padres —sobre todo si tienen trastornos afectivos y presentan abuso de sustancias—, y dificultades sociales y económicas^{1,2}.

PUNTOS CLAVE

- **En el trastorno bipolar de los niños, los episodios de depresión y manía no están tan bien delimitados como en el del adulto.**
- **La comorbilidad es elevada. La irritabilidad es un síntoma muy significativo y evoluciona de forma crónica.**

Diagnóstico

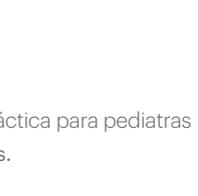
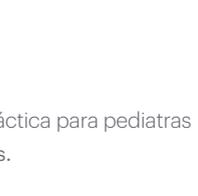
El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos y mixtos¹¹. El episodio maniaco se define por la exaltación del ánimo, la intensa euforia e irritabilidad, que perturba profundamente la vida diaria del paciente, las relaciones familiares y sociales, la adaptación y el rendimiento escolar. El paciente muestra una autoestima exagerada, ideas de grandiosidad que pueden tener un carác-

ter delirante, insomnio, dificultades de concentración, hiperactividad, verborrea y fuga de ideas, implicándose en actividades peligrosas sin evaluar las consecuencias. Dura, al menos, 1 semana y suele requerir hospitalización.

El episodio hipomaniaco consiste en un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable, que se mantiene, al menos, durante 4 días, y se acompaña de síntomas propios del episodio maniaco, pero menos graves, de tal forma que no interfiere demasiado en la actividad diaria del niño y el adolescente. Habitualmente no requiere hospitalización y nunca aparecen ideas delirantes.

Se distingue entre trastorno bipolar tipo I y tipo II. El segundo es más leve y no requiere hospitalización.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con las siguientes tipologías o entidades:

- 1** Características temperamentales del niño (p. ej., ser muy intenso) que no interfieren en la vida diaria. 
- 2** Dificultades de atención, concentración y distractibilidad, que pueden ser propias de un TDAH. 
- 3** Cuadros de ansiedad. 
- 4** Trastorno negativista o de la conducta. 
- 5** Abuso de sustancias (alcohol, anfetaminas, alucinógenos). 
- 6** Esquizofrenia, cuando predominan los síntomas psicóticos. 
- 7** Trastornos del espectro autista, trastornos de personalidad y enfermedades pediátricas que pueden cursar con síntomas maniacos: infecciosas (encefalitis), neurológicas (convulsiones, epilepsia), endocrinas (hipertiroidismo) o tumores (gliomas). 
- 8** Efectos adversos de medicaciones (p. ej., esteroides)². 

En resumen, puede decirse que la sintomatología del trastorno bipolar no tiene un carácter bien definido en la infancia, aunque también comienza a esta edad. La reticencia del pediatra a sospechar su diagnóstico tal vez se deba a las dudas en la definición del trastorno, a su baja prevalencia —lo que conlleva una menor experiencia clínica sobre él—, a los pocos estudios longitudinales realizados al respecto, y a la resistencia de muchos pediatras y psiquiatras infantiles a emitir un diagnóstico de tanta gravedad. Pero los diagnósticos hay que sospecharlos con fundamento, se debe observar la evolución de los pacientes y tomar con prudencia las medidas que el cuadro clínico recomienda en cada momento.

PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico de trastorno bipolar en los niños no es fácil de establecer, pero el pediatra debe sospechar su existencia cuando la irritabilidad es muy acusada, con reacciones catastróficas exageradas, inquietud muy intensa, insomnio, tristeza, decaimiento y cambios del ánimo rápidos en cuestión de días u horas.**



Tratamiento

El tratamiento del trastorno bipolar de los niños y adolescentes requiere medidas farmacológicas, psicoterapia y apoyo y asesoramiento a los padres^{1-3,11,12}. El tratamiento farmacológico abarca tres etapas: tratamiento de los síntomas agudos, de continuación y de mantenimiento. El primero tiene como objetivo controlar la sintomatología aguda y lograr que remita (suele requerir hospitalización); el tratamiento de continuación se dirige a evitar las recaídas, y el de mantenimiento tiene como objetivo disminuir la recurrencia del cuadro clínico. El tratamiento farmacológico comprende los estabilizadores del ánimo (litio, valproato, carbamazepina y lamotrigina) y los antipsicóticos atípicos, que ejercen un efecto similar¹³. El tratamiento puede requerir el empleo de más de un fármaco.

La elección del tratamiento se hace en función de la gravedad del cuadro clínico, la fase de la enfermedad, las posibles comorbilidades, la edad del paciente, los deseos de la familia y del paciente, los servicios y tratamientos disponibles, la psicopatología de los padres, y las circunstancias ambientales y familiares¹¹.

Un aspecto fundamental del tratamiento es lograr la confianza del paciente, de modo particular en la fase aguda, cuando es más difícil, y convencerlo de que debe ingresar. El papel del pediatra es esencial, ya que conoce al adolescente desde pequeño y seguramente confía en él. En cuanto a los padres, es importantísimo apoyarlos y asesorarlos. La experiencia de que un hijo sufra un episodio maniaco es terriblemente dolorosa y desconcertante. El médico debe dar una información objetiva y esperanzada, tiene que lograr que los padres se impliquen y evitar que se desmoralicen. La psicoeducación de los padres mejora el pronóstico y la eficacia del tratamiento, pues favorece que se cumpla.

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento del trastorno bipolar de los niños y adolescentes requiere medidas farmacológicas, psicoterapia y apoyo y asesoramiento a los padres.**
- **El apoyo del pediatra es esencial para asegurar que el tratamiento se cumpla.**

Conclusiones



El trastorno bipolar es una de las enfermedades psiquiátricas más graves que puede sufrir un niño y un adolescente, por lo que el pediatra debe tener en cuenta la posibilidad de detectarlo en su consulta a pesar de su baja prevalencia.



Las características clínicas dificultan el diagnóstico, que puede confundirse con un TDAH, un trastorno negativista desafiante o un cuadro de ansiedad, y en los adolescentes con una esquizofrenia.

Es muy importante no olvidar que, si el trastorno se diagnostica pronto y se trata correctamente, la evolución puede ser muy favorable, cambiando por completo la calidad de vida y el futuro del paciente.



Cuando el pediatra sospecha un trastorno bipolar, debe remitir al paciente al Servicio de Psiquiatría Infantil, sin perder el contacto con él y viéndolo de vez en cuando en su consulta. Los episodios maniacos pueden requerir hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Birmaher B, Goldstein T, Axelson D, Pavuluri M. Bipolar spectrum disorders. En: Martin A, Bloch M, Volkmar F, eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*, 5.^a ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
2. Mardomingo MJ. Trastorno bipolar. En: Mardomingo MJ, ed. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 327-360 [edición digital, 2019].
3. Mardomingo MJ. Depresión, suicidio y trastorno bipolar. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ, eds. *I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Madrid: Mayo Eds.; 2019. p. 103-134.
4. Parry P, Allison S, Bastiampillai T. «Paediatric bipolar disorder» rates are lower than claimed: a reexamination of the epidemiological surveys used by a meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health*. 2018; 23(1): 14-22.
5. Althoff RR, Faraone SV, Rettew DC, Morley CP, Hudziak JJ. Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2005; 7(6): 598-609.
6. Pavuluri M, Birmaher B, Naylor M. Pediatric bipolar disorder: ten year review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(9): 846-871.
7. Serra G, Uchida M, Battaglia C, Casini MP, De Chiara L, Biederman J, et al. Pediatric mania: the controversy between euphoria and irritability. *Curr Neuropharmacol*. 2017; 15(3): 386-393.
8. Vaudreuil CAH, Faraone SV, Di Salvo M, Wozniak JR, Wolenski RA, Carrellas NW, et al. The morbidity of subthreshold pediatric bipolar disorder: a systematic literature review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2019; 21(1): 16-27.
9. Méndez I, Birmaher B. Pediatric bipolar disorder: do we know how to detect it? *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(3): 170-182.
10. Soutullo C, Escamilla I, Wozniak J, Gamazo P, Figueroa A, Biederman J. Phenomenology of pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: features before and at the moment of diagnosis. *J Affect Disord*. 2009; 118(1-3): 39-47.
11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 107-125.
12. Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello MP, Findling RL, Fristad M, et al. The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: knowledge to date and directions for future research. *Bipolar Disord*. 2017; 19(7): 524-543.
13. Pisano S, Pozzi M, Catone G, Scrinzi G, Clementi E, Coppola G, et al. Putative mechanisms of action and clinical use of lithium in children and adolescents: a critical review. *Curr Neuropharmacol*. 2019; 17(4): 318-341.

CAPÍTULO 4

Trastorno de estrés postraumático

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una entidad relativamente reciente, descrita por primera vez en los adultos en el siglo pasado, aunque también se comprobó que podía darse en la infancia^{1,2} ya que se calcula que una cuarta parte de los niños y adolescentes sufre una experiencia traumática antes de llegar a la vida adulta^{2,3}.

Los secuestros, las violaciones, las guerras, el terrorismo, los accidentes, los desastres naturales, el maltrato, la violencia en la familia y la muerte de seres queridos forman parte de la experiencia vital de muchos niños y adolescentes. Muchos de ellos superan esta experiencia traumática, mientras que otros desarrollan un TEPT y algunos casos nunca se diagnostican².

PUNTOS CLAVE

- El TEPT se presenta en los niños y adolescentes como consecuencia de experiencias traumáticas de carácter inusual.



Definición y epidemiología

El TEPT se define como el conjunto de síntomas preferentemente de ansiedad que aquejan al sujeto tras haber sufrido una experiencia infrecuente y de carácter aterrador que le deja una huella profunda y duradera. El agente estresante que da origen a este trastorno es realmente angustiante para todos o la mayoría de los niños y adolescentes; por ejemplo, terremotos, guerras, terrorismo, secuestros, ser testigos de homicidios o de violencia contra la madre, violaciones, maltrato físico o sexual... Por tanto, se excluyen los acontecimientos vitales que, aun siendo generadores de estrés, forman parte habitual de la vida humana.

El agente estresante se caracteriza por ser inesperado y amenazador; su intensidad es desproporcionada, y desequilibra la capacidad de respuesta y adaptación del sujeto. Los niños y adolescentes son conscientes del peligro que implica y del carácter terrible de lo que están contemplando. El carácter aterrador de lo que sucede, la incapacidad para hacer algo que lo remedie y el recuerdo persistente son tres características fundamentales del TEPT de niños y adolescentes, que tiene rasgos distintos de los del adulto^{2,4}.

Las experiencias traumáticas tienen consecuencias no solo psiquiátricas sino también inmunológicas, metabólicas, cardíacas y neuroendocrinas, ya que se alteran los mecanismos de adaptación y respuesta al estrés.

Epidemiología

La prevalencia del TEPT oscila entre el 1,6% en muestras europeas y el 9,2% en muestras de Estados Unidos, con unas tasas medias en torno al 6% en los adolescentes, sin apenas cambios en función del nivel socioeconómico ya que es similar tanto en las clases acomodadas como en las desfavorecidas^{2,5}. El trastorno afecta más a las mujeres que a los hombres, con una *ratio* de 2/1. Los traumas más frecuentes son el maltrato físico, el abuso sexual y la violencia en la familia. Se calcula que el 25-45% de los niños experimentan alguna situación traumática, de los que el 5-45% sufrirán un TEPT, aunque no presenten el cuadro clínico completo³. En cuanto a los niños maltratados, es probable que un 55% desarrollen un TEPT^{2,6}.

PUNTOS CLAVE

- **El TEPT se caracteriza por que los niños adolescentes son conscientes del carácter amenazador y terrible de lo que sucede, lo que les produce un intenso impacto emocional, que tiene un carácter duradero, con consecuencias inmunológicas, metabólicas, cardíacas y neuroendocrinas.**

Etiopatogenia

Las experiencias traumáticas durante la infancia y la adolescencia perturban los procesos de mielinización del cerebro, formación de sinapsis, redes neuronales, poda de sinapsis y muerte neuronal. La secreción de cortisol, consecutiva al estrés, altera la división de las células gliales, la sinaptogénesis y el desarrollo de las dendritas con muerte de las neuronas. Tienen lugar cambios duraderos de la función neuroendocrina y de los mecanismos de respuesta al estrés, que a veces son reversibles y otras no^{2,6}.

El estado psicofisiológico de intensa alerta hace que el organismo responda como si la experiencia amenazante continuara presente. Persiste la evaluación cognitiva de tipo aterrador de lo sucedido, que se traduce en una activación del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, lo que da lugar a un intenso sufrimiento del paciente^{2,4}.

PUNTOS CLAVE

- **En el TEPT tienen lugar cambios duraderos de la función neuroendocrina e inmune y de los mecanismos de respuesta al estrés, lo que altera el neurodesarrollo.**

Clínica, comorbilidad y curso clínico

► CASO CLÍNICO

Martina es una adolescente de 16 años que consulta, acompañada de sus padres, por haber sufrido una violación hace cuatro meses. Salió por la noche con sus amigas, fueron a una discoteca, y en el camino de vuelta a casa fue agredida sin poder defenderse. Desde entonces tiene imágenes repetitivas de lo sucedido que le hacen revivir lo que pasó, que le sobrevienen en cualquier momento y le provocan sentimientos de pánico e intenso dolor. Por la noche tiene pesadillas y despertares que no la dejan descansar; siente necesidad de aislarse; siempre está inmersa en sí misma, como si su mundo hubiera desaparecido y una nueva realidad, que no comprende, hubiera aparecido en su vida. Está irritable, se sobresalta, no soporta que le hablen ni reacciona ante las muestras de afecto de sus padres y hermanos. No se concentra y tiene oscilaciones del ánimo. No se ha incorporado a las clases en el instituto ni ha vuelto a salir con sus amigas. Solo sale a la calle con sus padres o con su hermana mayor y por poco tiempo, pues tiene miedo de que la vuelvan a agredir. Cuenta cómo ha cambiado su visión de la vida y de las personas, se siente culpable de lo que ha sucedido, y ha perdido la confianza en sí misma y en los demás.

Se diagnostica de TEPT y se trata con TCC centrada en el trauma. Al cabo de un año continúa con el cuadro clínico, aunque más atenuado, y asiste al instituto. No ha vuelto a salir por la noche.

El cuadro clínico del TEPT tiene cuatro características fundamentales: sufrir la exposición a un acontecimiento amenazante y traumático; volver a revivir esa experiencia a través de pensamientos, sueños, imágenes y juegos que se repiten; evitar por todos los medios el contacto con circunstancias que puedan asociarse a esa experiencia, con retraimiento y aplanamiento afectivo; aumento del estado de alerta y vigilancia, que se traduce en trastornos del sueño, dificultades de concentración y exacerbación de las respuestas de sobresalto^{2,4,7}. Cuando la duración es ≤ 1 mes, se trata de un trastorno de estrés agudo, y si es superior a 1 mes, de un TEPT.

Tras el acontecimiento traumático el paciente se pregunta por qué ha sucedido, por qué le ha sucedido a él y cómo podría haberlo evitado. El miedo es la emoción predominante inmediatamente después del trauma y modulará la sintomatología a lo largo del tiempo. El niño siente pavor a que el trauma se repita y tiene miedo a situaciones que antes lo dejaban indiferente, como la oscuridad, estar solo en la habitación, separarse de los padres, salir de casa o entrar en contacto con personas extrañas. También puede notar sensaciones raras en el estómago, en la piel, o incluso vértigo y mareo. No suelen darse de forma tan clara como en el adulto las alteraciones de la tensión arterial, el ritmo respiratorio, la función cardíaca y el estado de consciencia.

Los niños reexperimentan el acontecimiento traumático a través de pensamientos e imágenes que se repiten y no pueden evitar, con intenso sufrimiento, desesperanza, impotencia y desvalimiento (p. ej., la agresión sexual que sufrió, la explosión del volcán, la muerte de la madre a manos del padre, la explosión de la bomba, etc.). También pueden recordar los ruidos y sonidos que acompañaron la situación de terror (p. ej., las sirenas de las ambulancias, de la policía o de los bomberos).

Una segunda forma de revivir el trauma son los sueños en los que se repite la catástrofe, el abuso, la violencia o la amenaza de que volverá a pasar. En los niños pequeños, la evocación de la experiencia traumática puede expresarse en los juegos, que repite de forma compulsiva. Reexperimentar el trauma es el rasgo que distingue con más claridad al TEPT de otros trastornos de ansiedad.

Un segundo grupo de síntomas son consecuencia del esfuerzo del paciente por evitar todo aquello que le recuerde la experiencia traumática: pensamientos, imágenes, sentimientos, y todas las actividades y situaciones que tienen un poder evocador. El olvido u amnesia de aspectos destacados de la experiencia traumática es un síntoma más frecuente en los adultos, pero también puede darse en los niños, de modo particular tras accidentes con lesiones cerebrales⁸.

El embotamiento afectivo implica que el paciente pierda interés por actividades que antes le gustaban. Nota que su capacidad para sentir emociones ha disminuido, distanciándose afectivamente de sus seres queridos, cuyo objetivo es evitar la irrupción de un estado emocional tan doloroso como el que ha sufrido, lo que también conlleva modificar la percepción de aquellos aspectos que suponen un mayor sufrimiento (p. ej., la duración de la escena de violencia o el riesgo que implicaba). Es decir, se distorsiona la

percepción de detalles concretos, pero la memoria del traumatismo se mantiene indemne.

Los niños mayores y los adolescentes pueden mostrarse agresivos, violentos y con deseos de venganza o, por el contrario, adoptar una actitud pasiva con su medio ambiente. Los adolescentes sufren cambios en su nivel de aspiración y orientación hacia el futuro. Tienen expectativas negativas, se sienten inseguros en relación con su vida futura y tienen un sentimiento de brevedad respecto a esta².

El estado de alerta exagerado, propio del TEPT, se traduce en un tercer grupo de síntomas típicos del cuadro clínico. Los más característicos son los trastornos del sueño, las pesadillas, la irritabilidad y las reacciones de cólera, las dificultades de concentración, la hipervigilancia, las respuestas exageradas de sobresalto y los síntomas vegetativos del tipo de taquicardia, náuseas, vómitos y mareos, que surgen ante el recuerdo del acontecimiento estresante. El organismo está permanentemente preparado para afrontar un peligro, y las respuestas de sobresalto se desencadenan ante estímulos anodinos, como ruidos, sonidos o imágenes.

La irritabilidad, la intolerancia a la frustración y las conductas agresivas pueden prolongarse durante un tiempo, pues la dificultad del adolescente para modular la agresividad es una secuela típica de este trastorno. El rendimiento escolar disminuye, sobre todo durante el primer año, como consecuencia de los trastornos del sueño y de los problemas de concentración.

En resumen, los síntomas más frecuentes en los preescolares son la ansiedad, las pesadillas y la agresividad, junto con los síntomas específicos del TEPT; en los niños de 6-11 años, los más frecuentes son los problemas de conducta y los juegos repetitivos, y en los adolescentes los síntomas de alerta exagerada, la evitación, los pensamientos intrusivos y el embotamiento afectivo⁹.

Comorbilidad

La comorbilidad más frecuente es la depresión, otros trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), las alucinaciones y otros síntomas psicóticos, y el consumo de drogas. Se calcula que el 50-75% de los pacientes sufre, al menos, 1 o 2 trastornos comórbidos^{2,10}. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son las fobias, la ansiedad a la separación y la ansiedad generalizada^{2,4}.

La sintomatología depresiva y ansiosa es muy frecuente, de tal modo que la depresión afecta al 35-50% de los pacientes^{2,11}. Lo más habitual es que la depresión aparezca de forma consecutiva al TEPT, lo que suele suceder en más de la mitad de los casos. El riesgo de depresión es mayor cuando el paciente ya ha sufrido otros trastornos de ansiedad.

Curso clínico

El TEPT tiende a evolucionar de forma crónica con un cuadro clínico complejo, que afecta a numerosas áreas de la vida personal del paciente y a su capacidad de adaptarse en el futuro. La intensidad y las características de la exposición inicial constituyen uno de los factores pronóstico más significativos. Cuando la exposición es poco intensa y el impacto personal pequeño, los síntomas tienden a disminuir a lo largo de los días y pueden desaparecer en el transcurso de unas semanas. Sin embargo, si la exposición es intensa, el acontecimiento está cargado de violencia y las víctimas son familiares y personas próximas al niño o el propio niño, los síntomas se prolongan durante meses e incluso años. Si la experiencia traumática se repite una y otra vez, como sucede en situaciones de maltrato y abuso sexual, se pueden sufrir trastornos de la personalidad.

PUNTOS CLAVE

- **Los rasgos fundamentales del TEPT son la exposición a un acontecimiento aterrador, revivir la experiencia, evitar todo aquello que lo recuerde, el embotamiento afectivo y el aumento del estado de vigilancia.**
- **La intensidad y la duración de la exposición inicial constituyen uno de los factores pronóstico más significativos.**

Diagnóstico

El diagnóstico de TEPT requiere la existencia de una causa objetiva e identificable, el acontecimiento traumático, con el que la sintomatología del paciente tiene una relación causal, evidente. No todos los acontecimientos de tipo catastrófico, violento o aterrador determinan la aparición del cuadro clínico de TEPT. Unos sujetos pueden afectarse y otros no; unos pueden presentar los síntomas del TEPT y otros un trastorno de estrés agudo, un cuadro depresivo o de otro tipo¹². El diagnóstico se hace aplicando los criterios del DSM-5 y la CIE-11.

El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos de conducta y personalidad, la psicosis y el consumo de drogas. El ánimo deprimido y el embotamiento afectivo plantean el diagnóstico diferencial con la depresión; las dificultades de atención y concentración con el TDAH; la irritabilidad con la manía y con el trastorno negativista desafiante, y las alucinaciones con un cuadro psicótico. Lo específico del cuadro de TEPT son los síntomas reseñados anteriormente, que surgen en relación directa con un acontecimiento estresante de particular gravedad. Estos síntomas, especialmente la rememoración del trauma, constituyen la clave del diagnóstico.

PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico de TEPT requiere la existencia de una causa objetiva e identificable.**
- **Hay que hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos de la personalidad, el consumo de sustancias y la psicosis.**

Tratamiento

El tratamiento comprende la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma¹³, el apoyo y asesoramiento a la familia, el tratamiento farmacológico y las medidas de carácter social. Debe instaurarse lo más pronto posible, inmediatamente después del acontecimiento estresante, lo cual favorecerá la confirmación del diagnóstico y mejorará el pronóstico. El plan de tratamiento se basa en las características del agente traumático, la gravedad del cuadro clínico, el grado de repercusión y la situación de la familia^{2,4,7}.

Las primeras medidas terapéuticas se dirigen a los síntomas neurovegetativos agudos, la ansiedad, el estado de alerta exacerbado y los trastornos del sueño. Se recomienda comenzar con la psicoterapia centrada en el trauma y, si los síntomas agudos son intensos y el TEPT grave, por el tratamiento farmacológico y la psicoterapia. Un aspecto determinante en los casos de maltrato y abuso sexual es tomar medidas de seguridad y protección del niño para que no vuelva a suceder. El tratamiento farmacológico del TEPT tiene un carácter complementario de otras medidas terapéuticas y se indica, sobre todo, para los cuadros agudos y cuando hay una patología comórbida. Los fármacos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los fármacos adrenérgicos del tipo de la clonidina, guanfacina y propranolol, pero son necesarios más estudios de investigación a este respecto.

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento preferente del TEPT es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y el apoyo y asesoramiento a la familia.**
- **El tratamiento farmacológico se indica para tratar el cuadro agudo, los síntomas concretos o las posibles comorbilidades.**

Conclusiones



La complejidad del mundo en el que vivimos, donde han aumentado las catástrofes naturales, las guerras, las muertes violentas, el terrorismo y la violencia en la familia, favorece que los niños estén expuestos a situaciones terroríficas que dan lugar a reacciones agudas de estrés y a TEPT, con graves consecuencias para su futura vida.



El pediatra debe conocer sus características y las medidas oportunas que deben tomarse para mejorar el pronóstico y reducir el sufrimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerson R, Rappaport N. Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *J Adolesc Health*. 2013; 52(2): 137-143.
2. Mardomingo MJ. Trastorno de estrés posttraumático (TEPT). En: Mardomingo MJ, ed. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 819-858 [edición digital, 2019].
3. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress*. 2002; 15(2): 99-112.
4. Laor N, Wolmer L. Posttraumatic stress disorder. En: Martin A, Bloch MH, Volkmar F, eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*, 5.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
5. Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B, Frost AK. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32(2): 369-377.
6. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*. 2010; 52(7): 671-690.
7. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(4): 414-430.
8. Langeland W, Olf M. Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: a review of the literature. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008; 32(1): 161-174.
9. Saul AL, Grant KE, Carter JS. Post-traumatic reactions in adolescents: how well do the DSM-IV PTSD criteria fit the real life experience of trauma exposed youth? *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(6): 915-925.
10. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and post-traumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat*. 2000; 5(3): 205-217.
11. Allwood MA, Dyl J, Hunt JI, Spirito A. Comorbidity and service utilization among psychiatrically hospitalized adolescents with post-traumatic stress disorder (cover story). *J Psychol Trauma*. 2008; 7(2): 104-121.
12. Woolgar F, Garfield H, Dalgleish T, Meiser-Stedman R. Systematic review and meta-analysis: prevalence of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed preschool-aged children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 61(3): 366-377.
13. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015; 351: h6161.

CAPÍTULO 5

Trastorno de tics

Introducción

El síndrome de Gilles de la Tourette fue descrito por este autor en el siglo XIX, despertando gran interés por sus características clínicas y la repercusión en la vida de los pacientes que lo padecen. Consiste en la aparición de tics motores y vocales rápidos, súbitos y recurrentes de carácter involuntario, que pueden ser transitorios o crónicos y de gravedad variable. El síndrome de Gilles de la Tourette y los tics crónicos representan la manifestación más grave, y los tics transitorios la más leve^{1,2}.

Desde el punto de vista clínico, los tics transitorios son muy frecuentes en la infancia, mientras que la prevalencia del síndrome de Gilles de la Tourette es mucho menor. Un tema de especial interés son sus relaciones con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los problemas específicos del aprendizaje y la depresión.

PUNTOS CLAVE

- **El trastorno de tics, o síndrome de Gilles de la Tourette, consiste en la presencia de movimientos y vocalizaciones involuntarios y de carácter repetitivo, que perturban la actividad diaria y la imagen personal del paciente.**



Definición y epidemiología

La palabra *tic* se parece a la acción que describe. Un tic es un movimiento o una fonación involuntaria, rápida, súbita, recurrente, arrítmica y estereotipada, que afecta a un grupo circunscrito de músculos. No es muy distinto de un movimiento normal, pero su intensidad, frecuencia, falta de sentido y repercusiones para el paciente lo convierten en patológico³.

El tic carece aparentemente de finalidad, y el sujeto lo experimenta como algo irreprimible, aunque pueda evitarlo durante cierto periodo de tiempo si se lo propone. La duración del tic es brevísima: rara vez pasa de 1 segundo. Los tics tienden a presentarse en salvas, a veces con carácter paroxístico, y pueden ser de mayor o menor intensidad. Un tic determinado puede darse de forma aislada o bien formar parte de un conjunto de síntomas. Los tics se clasifican en simples y complejos, aunque los límites entre ambos tipos no están bien definidos. Los tics simples tienen un carácter transitorio, mientras que el trastorno de tics y su forma más grave, el síndrome de Gilles de la Tourette, tiende a persistir. Muchos niños sufren tics que, en la mayoría de los casos, desaparecen. La CIE-11 y el DSM-5 clasifican estos trastornos en tics transitorios, tics crónicos motores o fonatorios, y síndrome de Gilles de la Tourette.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos ofrecen tasas variables en función de la edad, la gravedad y la metodología empleada. Se calcula que el 4-24% de los niños sufren tics simples o transitorios, con una cifra media del 5%, un 3% trastorno de tics y un 0,8% síndrome de Gilles de la Tourette^{1,2,4}.

Según un estudio español realizado en niños en edad escolar, el 16,86% tiene algún tic, un 19,42% de los hombres y un 12,96% de las mujeres. Estas tasas se elevan al 20,37% en niños de educación especial. Las tasas varían en función de que se aplique o no el criterio de deterioro: si se aplica, la tasa es del 4,65%, y si no se aplica, del 11,85% ($p < 0,0001$). La prevalencia del síndrome de Gilles de la Tourette es del 5,26% y la de tics crónicos, del 6,07%¹.

Un metaanálisis de 35 estudios realizados entre 1985 y 2011, 13 de ellos en población infantil, obtuvo tasas de prevalencia en la infancia del 0,77% de síndrome de Gilles de la Tourette (un 1,06% en los hombres y un 0,25% en las mujeres) y del 2,99% de tics transitorios. Las tasas de prevalencia en adultos eran del 0,05%¹. El trastorno de tics en la infancia es 2-3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

PUNTOS CLAVE

- **El 5% de los niños tienen tics simples y de carácter transitorio, que no suelen precisar tratamiento.**
- **Un 3% sufre trastorno de tics y un 0,8% síndrome de Gilles de la Tourette.**

Etiopatogenia

En la etiopatogenia de los trastornos de tics están implicados factores genéticos, inmunes (infecciones por estreptococo beta hemolítico), mecanismos de neurotransmisión (circuito córtico-estriado-talámico cortical) y ambientales¹. Es posible que se trate de un trastorno en el que participan múltiples genes con vías genéticas comunes con el TOC y el TDAH¹. Un elevado porcentaje de pacientes con síndrome de Gilles de la Tourette (un 65-85% en el sexo masculino) tiene antecedentes familiares del síndrome o de tics crónicos múltiples. Los factores ambientales desfavorables actúan sobre la vulnerabilidad genética. Respecto a las estructuras cerebrales implicadas, una de las hipótesis más consistentes es que existe una alteración prefrontal de tipo dopaminérgico.

El síndrome de Gilles de la Tourette presenta, de forma característica, una vulnerabilidad genética, una expresión variable de la sintomatología en función de la edad, variaciones de la morbilidad en función del sexo y fluctuaciones de la sintomatología, que dependen de factores de estrés y de factores ambientales que favorecen la expresión del trastorno¹.

PUNTOS CLAVE

- **El trastorno de tics se caracteriza por la interacción de factores genéticos y ambientales, con predominio en el sexo masculino.**

Clínica, comorbilidad y curso clínico

► CASO CLÍNICO

Esteban es un niño de 11 años que vive en un pueblo pequeño y hace 3 años comenzó a presentar movimientos involuntarios en la cara. El primero fue un guiño de los ojos, al que se fueron añadiendo muecas faciales, torcedura del cuello y sacudida de la cabeza, y más tarde movimientos más complejos, como dar saltos y agacharse y, por último, ruidos vocales, carraspeos y soplidos. El niño cuenta que los compañeros del colegio se ríen de él, lo ridiculizan e incluso llegan a insultarlo, que los tics empeoran cuando se pone nervioso, y que a veces tiene el impulso de decir «una palabra mala», pero no lo hace. Su abuelo paterno también tuvo algo parecido y sufrió una situación semejante con los vecinos. Los padres refieren que Esteban siempre ha sido nervioso, pero desde hace meses lo notan angustiado, no quiere ir al colegio, donde nunca había tenido problemas, y la madre cree que a veces se esconde en su habitación para llorar. No tiene otros antecedentes de interés. Una tía paterna también sufre un TOC, para el que recibe tratamiento, y el abuelo tuvo tics, que no se trataron. Se diagnostica al niño de síndrome de Gilles de la Tourette y se instaura tratamiento con risperidona, terapia de apoyo y asesoramiento a los padres, con lo que se obtiene una progresiva mejoría.

Al cabo de muchos años, su médico se encontró casualmente con él, y le explicó que trabajaba como enfermero y que ya estaba recuperado.

Los tics transitorios son muy frecuentes en la infancia y consisten, fundamentalmente, en guiños de ojos, parpadeos, muecas faciales y sacudidas de cuello, que se presentan como un episodio único y desaparecen o se prolongan a lo largo de varios meses, con fases de remisión y de recaída. El niño puede tener un tic único o bien varios. En este caso, los tics se presentan de forma simultánea, secuencialmente o al azar. La edad de comienzo más habitual es de los 3 a los 10 años, y en un primer momento los tics pueden pasar desapercibidos. Tienen un carácter leve y la duración no supera el año.

El trastorno de tics crónicos se caracteriza por la presencia de tics motores o fonatorios, sin que ambos coincidan al mismo tiempo. Los tics son de tipo simple o complejo y se mantienen durante un periodo superior a 1 año. El cuadro clínico es similar al del síndrome de Gilles de la Tourette, y se considera que ambos trastornos se relacionan genéticamente, diferenciándose en que los tics crónicos son menos graves, la incapacidad es menor y no coinciden en el tiempo los tics verbales con los motores.

Los tics motores simples y complejos son los más frecuentes, cuyo curso clínico es fluctuante, con etapas de mejoría y de recrudescimiento de los síntomas. Los síntomas más comunes son guiños de ojos, movimientos de torsión del cuello, muecas faciales, encogimiento de hombros, saltar, tocar y golpearse a sí mismo. Los tics crónicos fonatorios o vocales son poco frecuentes y consisten en carraspeos, siseos, gruñidos y soplos, y en el caso de los tics complejos, en coprolalia (impulso irresistible que siente el sujeto a decir obscenidades) y en repetir frases o palabras fuera de contexto (ecolalia).

Los tics crónicos se exacerban con el estrés, la ansiedad, la falta de sueño y la fatiga. Algunos casos mejoran considerablemente en los últimos años de la adolescencia, y otros persisten con pocos cambios en la vida adulta.

La sintomatología esencial del síndrome de Gilles de la Tourette son los tics motores múltiples y la presencia de uno o más tics vocales. Gilles de la Tourette definió como síntomas cardinales del cuadro clínico las sacudidas musculares, los sonidos inarticulados, la coprolalia y la ecolalia. El cuadro suele comenzar entre los 2 y los 15 años, con una incidencia máxima en torno a los 7 años.

Los síntomas iniciales consisten en tics motores de la cabeza y de la cara, que más tarde, y de forma progresiva, se extienden al tronco y a las extremidades inferiores. La progresión cefalocaudal de los tics motores no se cumple con exactitud en todos los casos, y en un principio no es posible distinguirlos de los propios de un cuadro de tics transitorios ya que tienen idénticas características. A los tics motores simples se añaden tics más complejos, que se caracterizan por una mayor lentitud y por una apariencia más propositiva, aunque sean igualmente involuntarios. El paciente realiza de forma súbita actividades consistentes en tocar, besar, oler, agacharse, morder, dar palmadas, dar golpes, volver sobre los propios pasos, flexionar el tronco hacia las rodillas o dar vueltas en círculo al caminar. En realidad, la variedad de los tics motores es innumerable ya que pueden remedar cualquier tipo de movimiento de cualquier parte del cuerpo⁵.

La aparición de tics fonatorios tras la presencia de tics motores hará sospechar de que se trata de un síndrome de Gilles de la Tourette. Los tics fonatorios suelen comenzar 1 o 2 años después de los tics motores; al principio son de tipo simple y consisten en sonidos guturales, aclaramiento de la garganta, siseos, chasquidos, gruñidos, ladridos o toses, que más tarde se acompañan de otros complejos, como articular frases o palabras fuera de contexto, alteraciones en la prosodia del lenguaje, acentuación inapropiada de determinadas sílabas o palabras, interjecciones hostiles, tartamudez, rituales de enumeración o balbuceo. La ecolalia y la coprolalia suelen aparecer en la pubertad o en los años precedentes, aunque también pueden hacerlo antes. La coprolalia es más evidente en la adolescencia y suele afectar aproximadamente a un tercio de los pacientes¹.

Comorbilidad

Aproximadamente, el 85% de los pacientes con trastornos de tics sufren un trastorno comórbido que aparece entre los 4 y los 10 años de edad, especialmente el TDAH, el TOC, los trastornos del aprendizaje, el autismo, la depresión y la ansiedad^{1,5}. También se observan trastornos de conducta con dificultad para el control de los impulsos, comportamientos agresivos, labilidad emocional e irritabilidad. Los pacientes tienen sentimientos de inadecuación social, rechazo de los compañeros, vergüenza, observación excesiva de sí mismo, ánimo deprimido y ansiedad, lo que les confiere una especial vulnerabilidad. En el síndrome de Gilles de la Tourette, las dificultades de aprendizaje, el TDAH y el TOC constituyen la patología asociada más frecuente⁶.

Curso clínico

El curso clínico suele ser crónico, con fases de mejoría y otras de recrudecimiento y periodos de remisión, que oscilan entre 6 meses y 3 años. En la mayoría de los casos el trastorno comienza entre los 3 y los 8 años, alcanza su mayor intensidad entre los 8 y los 12 años, y mejora a partir de los últimos años de la adolescencia y en la vida adulta. En la mitad de los casos, aproximadamente, se inician como un tic único, casi siempre facial, del tipo de parpadeos, guiños de ojos o muecas, que después se siguen de otros tics motores simples y más tarde complejos. A veces, el comienzo del cuadro clínico consiste en tics fonatorios y, en casos raros, en coprolalia. Los tics fonatorios aparecen habitualmente meses o años después de los tics motores, y solo en casos excepcionales se dan en niños pequeños de 3 o 4 años. El comienzo del cuadro puede precederse de hiperactividad y trastornos de la conducta. Los tics motores simples suelen seguirse de otros complejos, y estos, a su vez, de tics fonatorios simples; por último, aparecen los tics vocales complejos, con variaciones y fluctuaciones, de tal forma que, mientras unos desaparecen, se añaden otros nuevos o, incluso, reaparecen tics presentes en etapas anteriores. Es muy infrecuente el comienzo por tics vocales o que el cuadro clínico solo consista en estos tics. En la adolescencia la sintomatología cambia con más facilidad, resulta más impredecible, y es una época típica para la aparición de coprolalia, lo que implica importantes repercusiones en la imagen personal, la autoestima y la adaptación social del joven. Durante el curso de la enfermedad puede aparecer una sintomatología ansiosa, depresiva, fóbica y obsesiva, tal como se ha indicado en apartados anteriores¹.

PUNTOS CLAVE

- Los tics crónicos se caracterizan por la presencia de tics motores o fonatorios, mientras que en el síndrome de Gilles de la Tourette coinciden ambos tipos.
- La edad de comienzo más frecuente es entre los 3 y los 10 años.
- Es frecuente la comorbilidad con el TOC, el TDAH y los trastornos del aprendizaje.

Diagnóstico

La CIE-11 y el DSM-5 proponen criterios diagnósticos similares. El diagnóstico del síndrome de Gilles de la Tourette requiere los siguientes criterios según el DSM-5:

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Presencia de tics motores múltiples. |  |
| 2 | Presencia de uno o más tics vocales. | |
| 3 | Comienzo antes de los 18 años. | |
| 4 | Los tics se producen varias veces al día, en días distintos o de forma intermitente. |  |
| 5 | Persisten, al menos, 1 año. | |
| 6 | Cambian de localización y tipo a lo largo del tiempo. | |
| 7 | Los tics no se deben a una enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por movimientos anormales, ni al consumo de sustancias psicoactivas. |  |

El diagnóstico de los tics simples o transitorios se basa en la existencia de tics motores únicos o múltiples y de tics fonatorios, o de uno de estos dos tipos, que aparecen varias veces al día, durante un periodo de, al menos, 2 semanas y no más allá de 1 año.

El diagnóstico de tics motores o verbales crónicos requiere la presencia de tics motores o de tics verbales, pero no de ambos al mismo tiempo, varias veces al día, todos los días o de forma intermitente durante un periodo superior a 12 meses. El comienzo

de este trastorno tiene lugar antes de los 18 años, y no se relaciona con enfermedades neurológicas del tipo de las coreas o las encefalitis virales, ni con la intoxicación por sustancias psicoactivas.

El diagnóstico diferencial de los tics se plantea, en primer lugar, con otros movimientos anormales y, por tanto, con las enfermedades en que se dan estos movimientos. En segundo lugar, el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con el TDAH, el TOC, la esquizofrenia, las autoagresiones, los síntomas secundarios al tratamiento con neurolépticos y la intoxicación por sustancias psicoactivas.

La anamnesis detallada y la exploración son medidas fundamentales para realizar un diagnóstico correcto⁷. No es infrecuente que estos cuadros clínicos se confundan con enfermedades neurológicas de origen genético, como la enfermedad de Huntington; autoinmunes tras una infección, como la corea de Sydenham; metabólicas, como la enfermedad de Wilson; alteraciones estructurales de los núcleos subtalámicos, como los hemibalismos; u otras, como la esclerosis múltiple, la epilepsia mioclónica o los trastornos psiquiátricos, en que la intensa ansiedad que sufre el paciente se traduce en movimientos anormales.

PUNTOS CLAVE

- **Los tics simples son transitorios y no persisten más de 1 año, mientras que los crónicos y el síndrome de Gilles de la Tourette superan este periodo.**
- **Hay que realizar el diagnóstico diferencial con las enfermedades neurológicas que se manifiestan con movimientos anormales y las situaciones de intenso estrés.**



Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de tics incluye el tratamiento farmacológico, la psicoterapia, y el apoyo y la educación a la familia^{8,9}.

El tratamiento farmacológico debe reservarse para los cuadros graves y moderados, o cuando tenga lugar una exacerbación del cuadro clínico, y con carácter temporal. Los tics transitorios no precisan la administración de fármacos; basta con explicar a los padres las características de los síntomas, su tendencia a desaparecer, y que lo mejor es ignorarlos y no criticar al niño. Los fármacos que se recomiendan son los antipsicóticos atípicos, como aripiprazol y risperidona, y los alfaadrenérgicos, como guanfacina.

La psicoterapia de apoyo puede ser suficiente en los tics simples. La técnica de inversión del hábito es una de las mejor estudiadas y con la que se obtienen mejores resultados, cuyo objetivo es la sustitución del tic por otro movimiento mejor aceptado socialmente o menos perturbador para el sujeto, lo que favorece su adaptación social¹.

El apoyo y la educación a la familia son imprescindibles para que los padres comprendan que se trata de un trastorno que no depende de la voluntad del niño, tiene un carácter crónico, con etapas de mejoría y recrudecimiento, puede ser transitorio y mejora con el tratamiento. Los padres no deben insistir a su hijo que se controle o sobreprotegerlo, para evitar que surjan conductas manipuladoras por su parte.

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento más eficaz de los trastornos de tics es el farmacológico, la terapia de inversión del hábito y el asesoramiento a los padres.**

Conclusiones



Los trastornos de tics son relativamente frecuentes en los niños y los adolescentes. Se calcula que en torno al 5% sufre tics simples o transitorios, un 3% tics crónicos motores o vocales, y un 0,8% un síndrome de Gilles de la Tourette.



El síndrome de Gilles de la Tourette y los tics crónicos representan la manifestación más grave, y los tics transitorios la más leve. La comorbilidad es frecuente con el TOC, el TDAH y la depresión. El curso clínico tiende a ser crónico, con fases de mejoría y empeoramiento y una tendencia a desaparecer de los tics simples.



El tratamiento farmacológico se recomienda en los casos moderados y graves. La psicoterapia de reversión del hábito es una de las técnicas que ha obtenido mejores resultados. El asesoramiento a los padres es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Trastornos de tics: el síndrome de Gilles de la Tourette. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 775-818 [edición digital, 2019].
2. Schrag A, Martino D, Apter A, Ball J, Bartolini E, Benaroya-Milshtein N, et al. European Multicentre Tics in Children Studies (EMTICS): protocol for two cohort studies to assess risk factors for tic onset and exacerbation in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(1): 91-109.
3. Kleimaker A, Kleimaker M, Behm A, Weissbach A, Bäumer T, Beste C, et al. Networks in the field of Tourette syndrome. *Front Neurol*. 2021; 12: 624858.
4. Greydanus DE, Tullio J. Tourette's disorder in children and adolescents. *Transl Pediatr*. 2020; 9 Supl 1: 94-103.
5. Ueda K, Black KJ. A comprehensive review of tic disorders in children. *J Clin Med*. 2021; 10(11): 2479.
6. Groth C. Tourette syndrome in a longitudinal perspective. Clinical course of tics and comorbidities, coexisting psychopathologies, phenotypes and predictors. *Dan Med J*. 2018; 65(4): B5465.
7. Szejko N, Robinson S, Hartmann A, Ganos C, Debes NM, Skov L, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0 (part I): assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 31(3): 383-402.
8. Andrén P, Jakubovski E, Murphy TL, Woitecki K, Tarnok Z, Zimmerman-Brenner S, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0 (part II): psychological interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 31(3): 403-423.
9. Roessner V, Eichele H, Stern JS, Skov L, Rizzo R, Debes NM, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0 (part III): pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 31(3): 425-441.

CAPÍTULO 6

Divorcio y separación. Conflictividad en el medio familiar

Introducción

La separación o el divorcio de los padres es una circunstancia relativamente frecuente en nuestros días y bien aceptada por la sociedad, lo que supone una gran ventaja para toda la familia, pero en muchos casos representa una etapa de tensión y problemas, con numerosas implicaciones emocionales, jurídicas y económicas que desestabilizan la vida de padres e hijos, dando lugar a problemas psicopatológicos que no siempre se detectan.



La separación de los padres es un fenómeno complejo que supone un cambio radical de la estructura e interacción familiar, lo cual repercute intensamente en la vida de los hijos, cuyos efectos pueden prolongarse en el tiempo. El problema no es que los padres se separen o tengan discrepancias, sino el modo en que lo hacen, la intensidad de las disensiones y disputas, la violencia explícita o implícita asociada y el tiempo en que estas se prolongan; en último término, la conflictividad. Algunos niños superan bien la separación, mientras que otros desarrollan cuadros psicopatológicos, alteraciones de la respuesta endocrina e inmune, y una tasa más alta de trastornos emocionales y del comportamiento¹. Detectarlos es un modo de prevenirlos^{2,3}.

PUNTOS CLAVE

- **El divorcio de los padres repercute intensamente en la vida de los hijos.**
- **Algunos niños superan bien la separación, mientras que otros desarrollan alteraciones de la respuesta endocrina e inmune, y una tasa más alta de trastornos emocionales y del comportamiento.**

Definición y epidemiología

El divorcio o la separación de los padres representa una experiencia altamente estresante para los hijos, que no debe entenderse como un acontecimiento limitado en el tiempo sino como un largo proceso en el que se recorren varias etapas: una previa de desavenencias y conflictos maritales; una segunda de recrudecimiento de estos conflictos, coincidiendo con el inicio de los trámites legales de la separación; y una tercera de efectos a medio y largo plazo, que puede afectar a todos los miembros de la familia. Por tanto, la separación tiene consecuencias a corto, medio y largo plazo, cuya gravedad depende esencialmente de la duración de los conflictos, su intensidad, el grado de implicación de los hijos y los factores de protección y vulnerabilidad².

El divorcio suele significar, de un modo inmediato, el cambio de la interacción familiar y la relación de los hijos con los padres, en función del tipo de custodia, la prolongación de los conflictos emocionales ya existentes en la familia o incluso su agudización, sobre todo de los conflictos emocionales de los padres. También significa la aparición de cambios en los cuidados habituales del niño, el descenso en el nivel económico, el cambio de colegio y, más adelante, el posible establecimiento de un nuevo matrimonio por parte del padre o de la madre, que, a su vez, requerirá del hijo nuevos procesos de adaptación. Los trastornos de conducta, la ansiedad, el bajo rendimiento escolar, las dificultades de adaptación y, en los casos más graves, el consumo de drogas son los trastornos psiquiátricos más frecuentes. La ruptura con uno de los progenitores y la consiguiente pérdida de contacto es una de las consecuencias extremas.

El DSM-5 introduce un nuevo concepto referido a los niños que sufren «la relación perturbada de sus padres», que tienen una actitud tensa, despectiva, violenta, de ignorancia mutua y menosprecio, o bien serios conflictos con motivo del divorcio o la separación. Se reconoce la importancia clínica de este problema, que puede llegar al extremo del rechazo a uno de los progenitores por parte de los hijos y a la pérdida de contacto⁴.

Epidemiología

En los últimos años ha habido una disminución de las separaciones y divorcios en España, de 120 000 en 2008 a 77 200 en 2020, con un descenso del 14,4% respecto al año anterior, lo que se atribuye, en gran parte, al impacto económico y sanitario de la pandemia por coronavirus. La custodia compartida se otorgó en el 41,4% de los casos⁵.

PUNTOS CLAVE

- **La separación tiene consecuencias a corto, medio y largo plazo, cuya gravedad depende esencialmente de la duración de los conflictos y de su intensidad.**

Clínica y curso clínico

► CASO CLÍNICO

Ismael es un niño de 8 años, con dos hermanas de 5 y 3 años. Acude a nuestra consulta desde hace 2 años, cuando fue diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y tratado con metilfenidato, con buena evolución. Consulta porque desde hace 3 meses presenta guiños de ojos y movimientos de cuello de carácter involuntario, que lo molestan y hacen que se sienta incómodo en el colegio. Los padres lo encuentran nervioso y ha empeorado en sus notas académicas. Los profesores observan que está bastante preocupado y distraído, «como ausente». Los padres, reticentes a la medicación, lo atribuyen a metilfenidato. Se decide suspenderlo y sustituirlo por atomoxetina.

En consultas anteriores, el niño había contado que sus padres discutían y que él y su hermana mayor creían que iban a separarse. Efectivamente, a los 6 meses los padres se separaron y se produjeron numerosos cambios en la familia: el padre se fue de casa, comenzaron los trámites legales del divorcio, la madre empezó a trabajar, se puso a la venta la casa, los niños tuvieron que ir a otro colegio y el padre les presentó a su novia. La madre, que sufrió la separación traumática de sus padres cuando era adolescente, tiene una depresión, y los abuelos paternos no perdonan a su hijo que rompiera la familia, motivo por el que han mantenido numerosas disputas y discusiones con él. Al cabo de 2 años, las relaciones familiares son menos problemáticas, la madre está mejor adaptada e Ismael ha comprendido que la familia no volverá a estar unida. Los tics son leves y tienen un carácter esporádico. Los síntomas de TDAH están bien controlados.

Los niños y adolescentes cuyos padres se separan tienen mayores problemas escolares y de adaptación general, se sienten más inseguros y faltos de apoyo ante la vida, tienen peor imagen personal, y el riesgo de que sufran psicopatología es 2 veces mayor (20-25%) que el de la población general de su misma edad (10%), con tasas más altas de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, dificultades de atención, descenso del rendimiento escolar, dificultad para el control de los impulsos, agresividad, abuso de sustancias⁶ y cuadros psicóticos⁷.

El cuadro clínico suele comenzar antes de que la separación tenga lugar; otras veces durante el proceso de separación o después, en función de la vulnerabilidad del niño, de que sufra o haya sufrido trastornos psiquiátricos, del grado de conflicto, de la percepción más o menos traumática que tenga sobre lo que está sucediendo y de la ayuda y apoyo que reciba. Estos síntomas pueden evolucionar posteriormente hacia síntomas de tipo crónico. Las circunstancias adversas que rodean con frecuencia la separación de los padres y la vulnerabilidad del hijo son dos factores etiopatogénicos fundamentales^{1,2}.

La sintomatología varía en función de la edad. La separación temprana de los padres propicia la aparición de cuadros de ansiedad, depresión y problemas de conducta en los niños, mientras que las separaciones más tardías dan lugar, sobre todo, a trastornos de comportamiento. En los niños menores de 4 años son frecuentes los trastornos del sueño, la irritabilidad con episodios de llanto, la agresividad con los padres y hermanos, y el miedo a ser abandonados. Los escolares de 6 a 12 años de edad se niegan a aceptar la realidad del divorcio y se consuelan pensando que su padre o su madre terminarán por volver a casa; temen perder para siempre al progenitor que se ha ido y vigilan a aquel con el que viven, pues tienen miedo de que este también los pueda abandonar. Sienten agresividad y humillación, y se ven a sí mismos en clara situación de desventaja con respecto a sus compañeros que viven con padre y madre. Los niños sufren trastornos de ansiedad, rinden menos en el colegio y son extraordinariamente vulnerables a las escenas de violencia y a las disputas familiares^{1,2}.

Los adolescentes cuyos padres se separan pueden experimentar una auténtica conmoción de su sistema de valores y del concepto de la vida que se habían formado. Desde el punto de vista psicopatológico, pueden sufrir episodios de depresión con ideas e intentos de suicidio, considerando que la vida no tiene sentido, junto con trastornos de ansiedad, problemas de comportamiento y consumo de drogas. Los comportamientos agresivos pueden manifestarse por primera vez en adolescentes que nunca los habían tenido, mientras que, otras veces, ya existían y se agravan con el proceso de divorcio. No es raro que el adolescente se sienta inseguro ante su propio futuro y tenga miedo a fracasar si forma una familia, lo mismo que han fracasado sus padres.

La calidad de vida del hijo depende de cuatro variables: la conflictividad, la inconsistencia de los criterios educativos, la pérdida de nivel económico y el apoyo social que recibe la familia. Estos factores se correlacionan con la sintomatología psiquiátrica, el rendimiento académico, el estado de salud, la respuesta inmune al estrés y las conductas de riesgo⁸.

Curso clínico

Los estudios longitudinales sobre el divorcio destacan una primera etapa en los niños de intenso estrés, con reacciones de cólera, sentimientos depresivos, ansiedad y desconcierto, una situación que tiende a desaparecer al cabo de 1 o 2 años y no predice necesariamente el curso clínico posterior¹. No obstante, los adolescentes y los jóvenes tienen más problemas de conducta, actitudes antisociales, problemas de relación con los compañeros, menor rendimiento académico, ansiedad y depresión⁹. Pierden con mayor facilidad la relación con amigos y compañeros y, con el tiempo, suele debilitarse la relación con el padre o la madre que abandona el hogar.

PUNTOS CLAVE

- **Los niños y adolescentes cuyos padres se separan tienen un riesgo mayor de sufrir psicopatología, que persistirá o no en función de la conflictividad y de los factores de vulnerabilidad del hijo y de los padres.**

Factores pronóstico

La separación de los padres no suele ser un acontecimiento concreto, limitado en el tiempo, sino un largo proceso, lo que condiciona el pronóstico de una posible psicopatología en los hijos. La evolución va a depender de las características de la interacción familiar en la etapa previa a los trámites legales, de los cambios vitales que experimenta la familia como consecuencia de la sentencia judicial, de las experiencias negativas, de la persistencia de la conflictividad en los años sucesivos⁸ y del compromiso que sustenta al matrimonio¹⁰. Otras variables son la edad del niño, el sexo, las características temperamentales, el que tenga una relación íntima de afecto y apoyo con el padre o la madre y con otros miembros de la familia (abuelos, hermanos, tíos, primos...), y las vicisitudes por las que pasan estas relaciones con el tiempo. Superar la crisis inicial es un factor de buen pronóstico.

Entre los factores de mal pronóstico podemos citar los siguientes:

- 1 Conflictividad prolongada entre los padres.
- 2 Ausencia física o emocional del padre o de la madre.
- 3 Descenso del nivel económico.
- 4 Clase social y económica desfavorecida.



| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| 5 | Psicopatología de los padres. |  |
| 6 | Psicopatología del hijo. | |
| 7 | Carácter repentino de la separación. |  |
| 8 | Múltiples cambios de vida. | |
| 9 | Problemas legales. | |

Entre los factores de buen pronóstico podemos considerar los siguientes:

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Ausencia de discordia o escasa conflictividad marital. |  |
| 2 | Cambios mínimos en la organización y funcionamiento de la familia. | |
| 3 | Mantenimiento de la relación con la madre y con el padre. |  |
| 4 | Apoyo económico y emocional a los hijos por parte de madre y padre. | |
| 5 | Relación íntima y de afecto al menos con un progenitor. | |
| 6 | Apoyo de otros familiares, así como de los profesores y amigos. |  |
| 7 | Ausencia de juicios negativos de la madre o del padre sobre el otro en presencia de los hijos. | |

PUNTOS CLAVE

- La evolución va a depender, entre otros factores, de la interacción familiar en la etapa previa a los trámites legales, de las experiencias negativas que tiene el niño y de la persistencia de los conflictos en los años sucesivos.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación correcta del niño y de las circunstancias del divorcio es imprescindible para hacer el diagnóstico, decidir el tratamiento y tomar medidas para evitar complicaciones y secuelas. La evaluación comprende los siguientes apartados: entrevista con los padres, exploración del niño, evaluación de la interacción padres-hijo y de la relación de los padres entre sí, circunstancias de la separación, y situación legal en la que se encuentran¹¹.

Hablar a solas con el niño o con el joven aporta una información no solo valiosa, sino también imprescindible para conocer el cuadro clínico. La relación de los padres con los hijos se caracteriza muchas veces por las exigencias excesivas, la irritabilidad, la inconsistencia y la falta de apoyo. Estas pautas de interacción pueden estar presentes desde varios años antes del divorcio, y suelen ser más ostensibles con los hijos que con las hijas.

La entrevista con los padres debe comenzar por aclarar cuál es el motivo de la consulta, con el objeto de saber si acuden porque están preocupados por el hijo o porque desean un informe para los trámites legales. Las disputas representan muchas veces una forma de desplazamiento de los conflictos paternos, y otras ponen de manifiesto la dificultad o la incapacidad de los padres para educar a los hijos, lo que se convierte en una fuente constante de estrés.

PUNTOS CLAVE

- **La evaluación y el diagnóstico requieren una entrevista detallada con los padres e hijos, para descartar la existencia de trastornos psiquiátricos y conocer el grado de conflictividad de la familia y las expectativas que tienen para el futuro.**

Prevención y tratamiento

Las separaciones por acuerdo entre los padres han aumentado en los últimos años, pero la conflictividad sigue siendo alta incluso en estos casos. Un modo de prevención eficaz de esta conflictividad es identificar a las familias de riesgo y tomar medidas que eviten la escalada de los problemas antes de que la situación perjudique seriamente a los hijos y a los padres. Entre estas medidas se consideran eficaces el apoyo y asesoramiento a los padres, la psicoterapia del niño, la mediación y la justicia terapéutica¹². La justicia terapéutica enfoca la separación como un proceso que proporciona oportunidades y no como algo destructivo. De acuerdo con este enfoque, la actuación de abogados, jueces y fiscales debe tener consecuencias terapéuticas y no yatrogénicas, por lo que estos profesionales también necesitan formación y asesoramiento.

La mayoría de los programas de prevención y tratamiento persiguen tres objetivos: disminuir la conflictividad, potenciar la capacidad educativa y de cuidado de los padres, e incrementar la estabilidad familiar.

El papel del pediatra, a quien los padres y el niño conocen desde hace años, es esencial para que los padres entiendan que se trata de buscar el bien del hijo; que deben evitar los sentimientos de odio, cólera y venganza; que también se han querido y compartido la vida, y que lo importante es rescatar y preservar todo lo que hubo de bueno ya que su hijo se lo merece.

En cuanto a los hijos, los objetivos del tratamiento son: que reconozca y acepte la ruptura de los padres como algo real e ineludible, de la que él no es responsable; no dejarse implicar en los conflictos paternos y, por tanto, no actuar como intermediario de los problemas; renunciar a la idea de una familia unida y feliz; superar los sentimientos de culpa, cólera, resentimiento y reproche hacia los padres, y asumir que la separación no se va a resolver por la vía del milagro o a costa de su sacrificio personal¹³.

PUNTOS CLAVE

- **El apoyo y asesoramiento a los padres, la psicoterapia del niño, la mediación y la justicia terapéutica son medidas eficaces de tratamiento.**

Conclusiones



La separación o divorcio de los padres es una situación frecuente y perturbadora que está socialmente bien aceptada, pero sigue dando lugar a numerosos problemas que desequilibran a los padres y a los hijos. El divorcio provoca conflictos emocionales, económicos, jurídicos y sociales, pero también es la mejor solución y un mal menor en situaciones familiares intolerables cuyas primeras víctimas son los hijos.



La conflictividad es uno de los factores más lesivos y con mayor potencial psicopatológico. Los hijos sufren trastornos de conducta, ansiedad, depresión, consumo de sustancias, descenso del rendimiento escolar y dificultades de adaptación, así como una peor calidad de vida. Sus efectos pueden prolongarse hasta la vida adulta. Detectar a las familias de riesgo, asesorar a los padres y apoyar al niño para que acepte la realidad son medidas que mejoran el pronóstico. El papel del pediatra que aconseja a los padres y apoya y protege al niño es un elemento esencial de prevención de los problemas y de estabilidad para toda la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Divorcio y separación de los padres. En: Mardomingo MJ, ed. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 2015; 895-924 [edición digital, 2019].
2. Mroczkowski MM. Divorce and child custody. En: Martin A, Bloch M, Volkmar F, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry, 5.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
3. Aabbassi B, Nicolis H. Parental separation in infant and childhood clinical practice. Arch Pediatr. 2016; 23(4): 394-397.
4. Bernet W, Wamboldt MZ, Narrow WE. Child affected by parental relationship distress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016; 55(7): 571-579.
5. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de nulidades, separaciones y divorcios. Año 2020. Notas de prensa del 8 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176798&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
6. Størksen I, Røysamb E, Holmen TL, Tambs K. Adolescent adjustment and well-being: effects of parental divorce and distress. Scand J Psychol. 2006; 47(1): 75-84.
7. Ayerbe L, Pérez-Pinar M, Foguet-Boreu Q, Ayís S. Psychosis in children of separated parents: a systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2020; 63(1): e3.
8. Nunes-Costa R, Lamela D, Figueiredo B. Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. J Pediatr (Rio J). 2009; 85(5): 385-396.
9. Kelly J. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(8): 963-973.
10. Karimi R, Bakhtiyari M, Masjedi Arani A. Protective factors of marital stability in long-term marriage globally: a systematic review. Epidemiol Health. 2019; 41: e2019023.
11. Guidelines for child custody evaluations in family law proceedings. Am Psychol. 2010; 65(9): 863-867.
12. Vélez C, Wolchik S, Tein JY, Sandler I. Protecting children from the consequences of divorce: a longitudinal study of the effects of parenting on children's coping processes. Child Dev. 2011; 82(1): 244-257.
13. Mardomingo MJ, Seijo M. Psicopatología de los hijos en los procesos de ruptura de pareja. En: Fariña Rivera F, Ortuño Muñoz P, eds. La gestión positiva de la ruptura de pareja con hijos. Valencia: Tirant lo Blanch; 2020.

CAPÍTULO 7

Trastorno por abuso de sustancias y videojuegos

Introducción

El consumo de drogas forma parte de la historia de la Humanidad desde sus orígenes, con múltiples objetivos: lograr un mayor bienestar personal, compensar el dolor de la vida o buscar una solución mágica a los problemas de la existencia. Las drogas han formado parte de los rituales religiosos, mágicos, curativos y de supeditación al poder de las más variadas culturas. El alcohol, la coca, el cannabis, el opio y los alucinógenos son las más antiguas, a las que se añadirían después los estimulantes, los inhalantes, las drogas de diseño, los hipnosedantes y la adicción a las nuevas tecnologías¹. Actualmente son uno de los modos predilectos de los jóvenes de compartir el tiempo libre y de sentido de pertenencia a un grupo de amigos.



Para muchas personas, el primer contacto con las drogas es algo pasajero, pero para otras supone que pasen a ocupar un lugar central en su existencia. Las consecuencias generales son el desarrollo progresivo de los fenómenos de tolerancia, dependencia, consumo múltiple y deterioro personal, que se siguen del riesgo, cada vez mayor, de sufrir intentos de suicidio, suicidio consumado o muerte accidental por sobredosis, además de otras complicaciones médicas y psiquiátricas. Las drogas provocan aislamiento social y fracaso escolar y laboral, y su efecto depende no solo de las características intrínsecas de cada una, sino también del contexto sociocultural en que se toman y del significado que tienen sus efectos en dicho contexto. El consumo ha aumentado durante la segunda mitad del siglo XX hasta convertirse en un grave problema social y sanitario. Cada vez afecta más a los adolescentes, que entran en contacto con ellas y comienzan a consumirlas a una edad que cada vez es más temprana.

PUNTOS CLAVE

- **El consumo de drogas es para muchos jóvenes un modo de compartir el tiempo libre y de sentido de pertenencia a un grupo de amigos, lo que puede suponer una situación pasajera sin consecuencias graves o, por el contrario, pasar a constituir una dependencia.**

Definición

El trastorno por abuso de sustancias se caracteriza por un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos debidos al consumo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas que tiene para el sujeto. El adolescente consume de forma repetida sustancias físicas o de otro tipo, como las nuevas tecnologías, que le impiden llevar una vida normal en el ámbito familiar, escolar y social, con una dependencia progresiva y una gran dificultad para dejar de hacerlo, hasta resultarle imposible, incluso cuando es consciente de los peligros que entrañan, el sufrimiento de los padres, el fracaso en la escuela, los problemas físicos y psicológicos que implican, el riesgo de sufrir enfermedades graves (p. ej., sida), los amigos que pierde, el aislamiento progresivo y los actos delictivos a los que recurre. El placer y el bienestar que le aporta este consumo invaden su conciencia, convirtiéndose en la clave de su existencia y olvidando los efectos trágicos de los momentos de abstinencia en los que la búsqueda de la droga pone en riesgo incluso su vida.

Todas las drogas pueden producir cierto grado de dependencia. Esta dependencia hace que el sujeto necesite seguir consumiéndolas para experimentar sensaciones agradables o evitar las desagradables, e incluso puede llegar a tener síntomas de abstinencia si la administración se interrumpe². El descenso de la edad de consumo y la gravedad del problema requieren que el pediatra conozca el tema en profundidad y sea capaz de detectarlo o sospecharlo.

La adicción a los videojuegos es un trastorno reconocido por la CIE-11 desde 2019. El niño y el adolescente sienten la necesidad imperiosa de jugar, y no son capaces de controlar el tiempo que dedican a ello, con consecuencias negativas para su vida familiar, escolar y social³.

PUNTOS CLAVE

- **Todas las drogas pueden producir cierto grado de dependencia, lo que empuja al individuo a seguir tomándolas.**
- **Es difícil saber en principio quién acabará con una adicción y quién no.**

Epidemiología

El consumo de drogas se incrementó en la década de 1960 y ha seguido esa línea ascendente hasta nuestros días, en que, además de ser un fenómeno social y sanitario, constituye un inmenso negocio. Según la CIE-11, aproximadamente el 50-80 % de los adolescentes tiene algún contacto con las drogas, y en las últimas décadas se han observado un descenso de la edad de comienzo del consumo y una incorporación progresiva de las mujeres a este. El alcohol y los estimulantes forman parte de las fiestas de muchísimos jóvenes durante el fin de semana, y fuman tabaco como algo natural incluso los niños de 12-13 años.

La secuencia natural del consumo de drogas suele empezar a los 12-13 años por el tabaco y el alcohol, a los que siguen la marihuana y los estimulantes, y se termina con cocaína, otras drogas ilegales y, más raramente, heroína. El consumo es más frecuente en los hombres que en las mujeres; no obstante, en ellas dicho consumo ha aumentado en los últimos años. De acuerdo con el Observatorio Español sobre Drogas⁴, los adolescentes de 14-18 años consumen en primer lugar alcohol (70,5%) y en segundo lugar tabaco (30,7%). Los siguen el cannabis (22,2%) y los hipnosedantes sin receta (7,2%). El resto de las drogas tiene una tasa más baja: cocaína (2,1%), éxtasis (1,8%), nuevas sustancias psicoactivas (1,4%), metanfetaminas (1,1%), alucinógenos (1%) y anfetaminas (0,8%). El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los chicos, mientras que las chicas prefieren el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. Hay un momento en que el consumo de cannabis en los chicos (17,8%) empuja a buscar otras drogas y otras conductas de riesgo. Al comparar las tasas globales de consumo de 2019 y 2021, se observa una disminución en el último año, excepto de hipnosedantes, que puede deberse al confinamiento y a la restricción de movimientos impuestos por la epidemia del coronavirus. La percepción por parte de los adolescentes del riesgo que implican las drogas es muy baja.

Respecto a las adicciones comportamentales, el uso compulsivo de internet ha aumentado en 2021 (23,5%) en ambos sexos y en todos los tramos de edad, más intensamente en las chicas y en edades más tempranas. También ha aumentado el uso de videojuegos, de tal forma que el 85,1% de los encuestados refiere haberlos usado en el último año (un 82,2% en 2019), y se calcula que un 7,1% tiene una posible adicción⁴.

PUNTOS CLAVE

- El consumo de drogas ha seguido una línea ascendente en los jóvenes durante las últimas décadas.
- Afecta más a los chicos que a las chicas, aunque en estas se ha incrementado su consumo, y ha disminuido la edad de inicio.
- El consumo de drogas ilegales es mayor entre los chicos, mientras que el de drogas legales es mayor entre las chicas.

Clínica, comorbilidad y curso clínico

► CASO CLÍNICO

Quando Tristán tenía 5 años, llamaron a sus padres del colegio para decirles que lo iban a expulsar porque interrumpía constantemente la clase, no obedecía a la profesora, molestaba a los otros niños, pegaba en el recreo, tiraba del pelo a las niñas, no respetaba la fila, daba lugar a constantes problemas en el comedor y era agresivo. Hablar con él o castigarlo no daba resultado, pues no reconocía lo que hacía y nunca mostró arrepentimiento; la culpa siempre era de los otros. A los 9 años comenzó a hacer novillos y a formar grupo con niños mayores que él. Las peleas y los conflictos aumentaron. A los 13 años los padres se enteraron de que fumaba, bebía alcohol, y salía con un grupo de amigos a los que se atribuían algunos robos en las tiendas del barrio. Los padres decidieron llevarlo a un colegio interno para que cambiara de ambiente y estuviera más vigilado, pero a los pocos meses comenzó a fumar porros y a participar en el trapicheo de drogas. A los 17 años tuvo novia, una chica sin problemas, para gran alivio de la familia. Ese año mejoró e ingresó en la universidad. Nunca había tenido dificultades de aprendizaje, aunque era muy vago, pero en primero de carrera dejó de ir a clase y pasaba el tiempo en el bar de la facultad jugando a las cartas, además de exigir cada vez más dinero a sus padres. Al negarse estos a dárselo, se implicó más en el trapicheo de drogas, al tiempo que amplió las que él tomaba (tabaco, alcohol, marihuana y estimulantes), lo que le provocó dos ingresos hospitalarios por coma etílico y presentar cada vez síntomas más ostensibles de consumo múltiple. Los padres decidieron ingresarlo en un centro de desintoxicación. Había un antecedente de alcoholismo en la familia.

Los adolescentes que toman drogas suelen hacerlo por curiosidad, desesperación, huida de la realidad, influencia del grupo de amigos o como un medio de facilitar el contacto social. También pueden hacerlo porque sufren un trastorno psiquiátrico. En líneas generales, en el consumo de drogas suelen darse tres etapas: en la primera el adolescente fuma o bebe alcohol porque otros lo hacen y desea ser aceptado y formar parte del grupo; en la segunda empieza a fumar marihuana porque es una característica que define a ese grupo concreto de amigos, y en la tercera se pasa al consumo de otras drogas ilegales. La evolución y el pronóstico van a depender de cuatro factores: calidad de la relación que el joven tiene con los padres, características de su personalidad, es-

tabilidad del humor y rendimiento escolar. Fumar porros suele ser un momento crítico que abre la puerta a consumir otras drogas⁵, un riesgo del que la opinión general no es consciente.

El cuadro clínico del consumo de drogas afecta a la mayoría de los órganos y sistemas y da lugar a síntomas afectivos, cognoscitivos y comportamentales. Los síntomas afectivos varían desde la depresión, con decaimiento del ánimo e incluso ideas de suicidio, hasta la intensa euforia, con exaltación, ideas de grandiosidad y sentimientos de omnipotencia. El cuadro cognoscitivo consiste en dificultades de concentración, periodo corto de atención, trastornos perceptivos con alucinaciones visuales y auditivas, y trastornos del curso del pensamiento, que pierde coherencia y lógica. Los síntomas comportamentales son somnolencia e incluso letargia, desinhibición, intensa inquietud motriz, agitación, hipervigilancia e insomnio.

Consumir drogas aumenta el riesgo de sufrir enfermedades médicas (cáncer, hepatitis y sida) y psiquiátricas, muerte por sobredosis, suicidio, fracaso escolar y social, conflictos graves en la familia y comportamientos delictivos. El consumo se acompaña de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente trastorno de la conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos¹². Otros trastornos son la bulimia nerviosa —debida a las dificultades en el control de los impulsos y a la intensa insatisfacción personal que produce—, la esquizofrenia, las dificultades de expresión verbal y los problemas de aprendizaje. Los trastornos de conducta son más frecuentes en los chicos, mientras que la depresión lo es más en las chicas. Los trastornos psiquiátricos pueden preceder al consumo de drogas o producirse en su contexto, por lo que no tratarlos es uno de los mayores riesgos de acabar consumiéndolas.

Son muchos los signos de alarma del posible consumo de drogas en los adolescentes, entre los que cabe citar los siguientes⁶: descenso del rendimiento escolar y ausencias injustificadas al colegio; cambios de humor inexplicables con irritabilidad y reacciones de cólera; abandono de actividades que antes les gustaban; pérdida de motivación; cambio de amigos para salir con otros que van mal en el colegio, consumen drogas o llevan a cabo actividades delictivas; cambios en el modo de vestir o en las normas de higiene; aumento de los conflictos con los padres y menor comunicación; robar dinero a los padres o exigir que se les dé más; quejas frecuentes de sentirse cansado...

El curso clínico varía en función de la edad en que empieza el consumo, la intensidad del cuadro clínico, la duración, las posibles repercusiones, los factores de riesgo y los factores de protección. En términos generales, el curso suele ser de tipo crónico, con múltiples recaídas. El comienzo temprano, el cuadro clínico grave y la comorbilidad indican un peor pronóstico y un mayor riesgo de que el trastorno se haga crónico¹.

Entre los factores de protección podemos citar la actitud social crítica ante las drogas, la relación estrecha con los padres y su capacidad para educar al hijo, no sufrir trastornos psiquiátricos y no salir con jóvenes que consumen drogas.

Videojuegos

En cuanto al uso de videojuegos, internet y el móvil, tiene un carácter problemático para el 13,5% de los jóvenes madrileños, de los cuales un 15,8% afirma que «estar jugando te proporciona bienestar», un 10% señala que «mientras estás jugando te evades de los problemas», y cerca del 4% presenta algún grado de adicción al uso de videojuegos⁷. Hay que destacar que los videojuegos los emplean, sobre todo, los niños de 7-13 años, y que sus contenidos pueden ser violentos, de abuso de poder o contener imágenes sexuales inadecuadas. En cualquier caso, el uso de videojuegos bien seleccionados y en su justa medida —no más de 1 hora al día— es otra forma de entretenimiento y de estimular la imaginación⁷, pero su dedicación excesiva puede dar lugar a retrasos del desarrollo en los más pequeños⁸, y a partir de los 4 años resta tiempo para hablar, jugar, hacer los deberes, leer, escuchar lo que dicen los adultos —que es como se transmiten los valores—, colaborar en casa, no hacer nada y aprender a aburrirse. A este respecto, se requieren más estudios rigurosos de investigación que permitan conocer con fundamento los efectos y consecuencias de este hábito⁹.

PUNTOS CLAVE

- **El consumo de drogas suele comenzar como una forma de integrarse en el grupo de iguales.**
- **Fumar marihuana abre la puerta al consumo de otras drogas, que puede acarrear graves consecuencias médicas y psiquiátricas.**
- **La dedicación excesiva a los videojuegos limita otras actividades educativas.**

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11 requieren que el consumo de la sustancia implique un deterioro o malestar clínicamente significativo durante un periodo de 12 meses, a lo largo de los cuales aparecen tres o más síntomas de tolerancia y abstinencia. El sujeto necesita consumir cantidades mayores de droga para obtener el mismo efecto; precisa tomar la misma droga u otras para paliar los síntomas de abstinencia; dedica gran parte de su tiempo a estos objetivos; se reduce su vida social; se afecta el rendimiento escolar y laboral, y se sigue consumiendo a pesar de sus efectos perniciosos. La historia clínica detallada y la información del adolescente, de los padres y, a veces, también del colegio son imprescindibles para el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial del abuso de sustancias hay que hacerlo con los trastornos psiquiátricos y las enfermedades pediátricas en las que se dan síntomas similares¹. Es el caso de la esquizofrenia, la manía, la depresión, los trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad, con la circunstancia añadida de que son, con mucha frecuencia, trastornos comórbidos con el consumo de sustancias¹⁰.

PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico requiere que el consumo se prolongue, al menos, 12 meses y que se afecte la vida personal, escolar y social del individuo.**
- **Diagnosticar los trastornos psiquiátricos comórbidos es fundamental para la prevención y el tratamiento.**

Prevención y tratamiento

En un problema tan serio y complejo como la adicción a drogas, en el que intervienen factores de riesgo individual, familiar y social, es urgente investigar cuáles son las medidas de prevención y tratamiento más eficaces^{1,2,10,11}. Los objetivos del tratamiento son conseguir la abstinencia, lograr la reducción del consumo, disminuir los efectos adversos, aminorar las recaídas, tratar la comorbilidad, y mejorar el bienestar personal y la calidad de vida del paciente y de su familia.

El tratamiento comprende medidas farmacológicas específicas para cada droga y la sintomatología psiquiátrica asociada, así como lograr el compromiso personal del paciente y el de su familia, que será fundamental durante todo el proceso. El médico tendrá una actitud cercana y comprensiva, sin realizar críticas ni juicios de valor, pero también muy clara respecto a las consecuencias del consumo. Desde el principio deben especificarse los objetivos del tratamiento, las características que va a tener, el plan de acción, la modalidad y el lugar donde se llevará a cabo. El paciente tiene que mostrar, de entrada, la conformidad con dicho plan y los padres tienen que ratificarlo¹.

Hay diversos tipos de tratamiento: farmacológico, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia de familia, grupos de autoayuda, psicoeducación del paciente y de la familia e intervenciones en la comunidad. Los resultados son variables, pero, en cualquier caso, es mejor tratar que no tratar ya que los pacientes que siguen algún tratamiento evolucionan mejor.

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento de la adicción a las drogas no es un tema sencillo y requiere el compromiso del paciente y de su familia.**
- **Los pacientes que se tratan evolucionan mejor que los que no lo hacen.**

Conclusiones



El consumo de drogas es un problema social que afecta a los adolescentes, ha aumentado en las mujeres y tiene graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida. Los adolescentes entran en contacto con el alcohol y el tabaco a una edad cada vez más temprana, lo que aumenta el riesgo de adicción, abre la puerta al consumo de marihuana y este, a su vez, al consumo de drogas ilegales. El joven entra así en una senda peligrosa de la que no es fácil salir. Los videojuegos y el móvil son otra forma de adicción nueva e inquietante.



El consumo de drogas puede precederse de trastornos psiquiátricos de la conducta o de las emociones, como un modo de buscar alivio. Otras veces el trastorno psiquiátrico surge coincidiendo con el consumo. En cualquier caso, se trata de cuadros clínicos complejos que plantean el diagnóstico diferencial no solo con la patología psiquiátrica, sino también con numerosas enfermedades pediátricas que dan lugar a cuadros similares. Es fundamental que el pediatra diagnostique o sospeche el problema y establezca una alianza terapéutica con el adolescente y sus padres, lo cual supone una ayuda inestimable para la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Trastorno por abuso de sustancias. En: Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 2015; 925-954 [edición digital, 2019].
2. Hopfer C, Hinckley JD, Riggs P. Substance use disorders. En: Martin A, Bloch M, Volkmar F, eds. Lewis's child and adolescent psychiatry, 5.^a ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2018.
3. Behere A, Ondreyka J. Gaming disorder: a myth to reality. *World Child & Adolescent Psychiatry*. 2019; 17: 17-18.
4. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
5. Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24(1): 39-48.
6. Goldstein MA. Adolescent substance abuse. En: Goldstein MA, ed. *The Mass General Hospital for children adolescent medicine handbook*. Boston: Springer Verlag; 2011. p. 155-165.
7. Méndez-Gago S, González-Robledo L, Pedrero-Pérez EJ, Rodríguez-Gómez R, Benítez-Robredo MT, Mora-Rodríguez C, et al. Uso y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación por adolescentes. Un estudio representativo de la ciudad de Madrid. Madrid: Madrid +Salud; 2018.
8. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA Pediatr*. 2019; 173(3): 244-250.
9. Paulus FW, Ohmann S, Von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2018; 60(7): 645-659.
10. Gray KM, Squeglia LM. Research review: what have we learned about adolescent substance use? *J Child Psychol Psychiatry*. 2018; 59(6): 618-627.
11. Grummitt L, Kelly E, Barrett E, Keyes K, Newton N. Targets for intervention to prevent substance use in young people exposed to childhood adversity: a systematic review. *PLoS One*. 2021; 16(6): e0252815.

CAPÍTULO 8

Acoso en el colegio y ciberacoso

Introducción

El acoso en el colegio es un fenómeno relativamente frecuente que se da en todas las culturas y que ha existido siempre, pero del que, en los últimos años, se ha tomado una mayor conciencia y sobre el que han aumentado los estudios de investigación. Se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples variables individuales, familiares, escolares y sociales, en cuya detección, prevención y tratamiento tienen que implicarse las instituciones educativas, sanitarias, sociales y jurídicas y, por supuesto, los padres, los sujetos acosados y los acosadores. El acoso puede llevarse a cabo por distintos motivos y medios, pero, sin duda, la llegada de las nuevas tecnologías ha ampliado el campo de acción de los acosadores ya que el ciberacoso se ha convertido en una de las modalidades más utilizadas¹.



El acoso es una forma de maltrato —una situación estudiada con mayor amplitud y profundidad—, con el que comparte características clínicas y posiblemente mecanismos etiopatogénicos². El acoso, como otros trastornos de la conducta, también es un reflejo de una sociedad en la que los niños y adolescentes están expuestos —ya sea directamente en su entorno o indirectamente a través de internet y otros medios de comunicación— a escenas de violencia, imposición al otro, dominio y supeditación de los más débiles como circunstancias habituales de la vida, que acaban normalizándose. Esa exposición tiene lugar desde la primera infancia, y resulta un tema muy comprometido sobre el que todavía se ha reflexionado poco.

El acoso escolar consiste en agredir al otro, generalmente en grupo, hasta lograr su completo dominio. Es un ejercicio abusivo de poder que aprovecha la debilidad de quien no sabe o no puede defenderse, y se lleva a cabo de forma explícita, implícita o de ambas maneras mediante intimidación y violencia. Su objetivo es hacer la vida imposible a la víctima, señalándola, discriminándola y haciéndole saber que no vale nada. En el acoso hay víctimas, acosadores, testigos y un grupo que participa de ambas circunstancias, de tal modo que la víctima también puede ejercer de acosador.

PUNTOS CLAVE

- **El acoso escolar es un fenómeno social frecuente que afecta a los adolescentes y a los niños.**
- **En él intervienen variables individuales, familiares, escolares y sociales.**
- **Implica un abuso de poder de un individuo sobre otro.**

Definición y epidemiología

La Real Academia de la Lengua define acosar como «perseguir, sin darle tregua ni reposo, a un animal o a una persona, y apremiar de forma insistente a alguien con molestias o requerimientos». El acoso escolar implica el hostigamiento y la agresión física o psicológica a un compañero indefenso, que se repite con la intención de dañar y suele contar con el apoyo de otros compañeros. Su grado extremo es la victimización. Sus características fundamentales son la repetición y persistencia del comportamiento anómalo del acosador, la intensidad, la gravedad y su carácter intencionado. Puede llevarse a cabo también de una forma sutil y larvada, pero igualmente dañina. En la mayoría de los casos tiene lugar en grupo con otros compañeros que colaboran, y hay testigos que son cómplices, pues ven y callan³.

El acoso puede producirse de forma directa verbal o física, a través del modo de relación que se establece con la víctima o con medios digitales, lo que da lugar al ciberacoso, que es el tercer modo de presentación, por detrás del acoso físico y verbal⁴. El acoso escolar puede prolongarse en otros ámbitos donde conviven los niños y adolescentes, como los parques, las discotecas, los lugares de reunión y las calles.

Los modos de acosar a la víctima son muy variados y se pueden agrupar en tres tipos:

- 1 Ignorar, aislar, insultar, poner moteos ofensivos, difamar e intimidar.
- 2 Esconder objetos personales, romper pertenencias o robar.
- 3 Amenazar de forma verbal, obligar a realizar actos indeseados, agredir físicamente, acosar sexualmente o amenazar con armas.



El ciberacoso tiene, en esencia, las mismas características que el acoso tradicional, aunque con algunos rasgos específicos. Sus formas más frecuentes son avergonzar y humillar en los foros, publicar imágenes privadas que dañen al otro, y hostigar a través del correo electrónico u otros medios digitales, que llevan a cabo hasta niños de 12-13 años¹. El ciberacoso se caracteriza por el anonimato del acosador, la invasión de la vida privada, la despersonalización de la víctima, la mayor desinhibición y sentimiento de poder del acosador, y la mayor dificultad de la víctima para entender lo que sucede.

Epidemiología

El acoso escolar es un fenómeno universal con cifras similares en China, Sudáfrica y Europa. Se calcula que un tercio de los escolares ha sufrido acoso en algún momento durante el último año; es más frecuente en los chicos, con porcentajes más elevados tanto de acosadores como de víctimas, que en las chicas. Los chicos emplean métodos más agresivos y directos, sobre todo el acoso físico y verbal, y las chicas el acoso verbal, los rumores y las descalificaciones. También hay diferencias en función de la edad, de modo que en la infancia predomina el acoso explícito y en la adolescencia el acoso encubierto⁴. Un metanálisis de 80 estudios concluye que la prevalencia del acoso escolar es del 36% y la del ciberacoso del 15%⁵.

En España, según una encuesta de ámbito nacional del Defensor del Menor de 2006, el 20-30% de los escolares son acosadores, víctimas o ambos a la vez, unas cifras que coinciden con las de Estados Unidos, Finlandia y Australia. Un apartado de gran interés es la actitud de los testigos; según dicha encuesta, el 26% de los testigos anima al agresor y colabora, un 68% observa sin hacer nada, y solo un 5,5% muestra disgusto y rechazo hacia el acosador.

De acuerdo con un estudio del Ministerio de Educación (www.epdata.es) sobre la evolución de las denuncias por acoso en España desde 2012 a 2017 en función de la edad de los niños, el acoso es más frecuente en la franja de edad de 12-14 años, seguida de la de 15-17 años. Si bien es cierto que no todos los casos se denuncian, la estadística ofrece una buena panorámica de la realidad del acoso escolar en nuestro país.

PUNTOS CLAVE

- **El acoso escolar se define como el hostigamiento y la agresión física o psicológica a un compañero indefenso, que se repite con la intención de dañar.**
- **Afecta a un tercio de los niños y adolescentes, y es más frecuente en los chicos que en las chicas.**

Etiopatogenia

Las causas y los mecanismos del acoso escolar y del ciberacoso son múltiples y su exposición excedería la extensión de este capítulo, aunque, en resumen, cabría considerar que influyen los factores de personalidad de la víctima y del acosador, y las circunstancias familiares, escolares, económicas y sociales^{4,6,7}.

En primer lugar, el acoso es una forma de maltrato que puede perturbar la respuesta neuroendocrina e inmune al estrés, produciéndose una desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, lo que aumenta el riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos². En segundo lugar, existen factores de riesgo tanto por parte de la víctima como del perpetrador^{4,6}. Los niños que son diferentes por algún motivo, que se perciben como débiles, que tienen pocos amigos y menor capacidad de contacto social, con menores medios económicos o que sienten que no encajan son, con mayor frecuencia, un objetivo para los acosadores. El motivo también puede ser que los sujetos acosados sean más inteligentes y educados, saquen mejores notas, o no atiendan a los requerimientos amorosos del acosador en el caso de las mujeres.

Los acosadores suelen ser agresivos y no tolerar la frustración, piensan que acosar les reporta algún beneficio, no se consideran responsables de sus actos, no sienten el dolor de la víctima, no se arrepienten, son competitivos y dominadores, interpretan de forma errónea y perjudicial para ellos la conducta de los otros, se juntan con otros acosadores, y necesitan dominar e imponerse. No obstante, estas características no se dan siempre ni es imprescindible que la víctima sea más débil que el acosador.

PUNTOS CLAVE

- **El acoso escolar es un factor de riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos.**
- **En el acoso influyen tanto las características de la víctima como las del acosador, junto con factores del ámbito escolar, familiar y social.**

Clínica, curso clínico y comorbilidad

► CASO CLÍNICO

Candela es una adolescente de 15 años, primera de 3 hermanos, que acude a nuestra consulta porque desde hace meses se queja de dolores abdominales y cefaleas, está triste y no quiere salir de casa. Tuvo un ligero retraso del desarrollo motor y del lenguaje, aún presenta algunas dificultades de expresión y se le ha diagnosticado un cociente intelectual límite; no obstante, superó bien la enseñanza primaria, aunque ha tenido que repetir tercero de secundaria. Es una niña responsable y trabajadora, con buen carácter, reservada, tímida, cariñosa y complaciente. No tiene antecedentes psiquiátricos. Los padres creen que le ha costado adaptarse al instituto, donde no tiene amigas, y les dice que los compañeros se ríen de ella, le ponen mote y la dejan en ridículo. En alguna ocasión le han escondido el abrigo y otras veces la mochila. Tiene una amiga en el edificio en el que vive con quien solía salir, pero ya no quiere hacerlo. Candela cuenta que en este curso hay un grupo de chicos que la insulta, y tampoco encaja con las chicas por los temas de los que hablan. No quiere volver al colegio e incluso piensa en dejar de estudiar. Se descarta en ella la presencia de fobia escolar, otros trastornos de ansiedad y depresión. Se diagnostica de acoso escolar favorecido por las dificultades cognitivas y de expresión que presenta. Se inicia terapia de apoyo a la niña, y los padres, tras hablar con la dirección del instituto, deciden cambiarla a un centro más pequeño donde la atención a los alumnos es más personal. En el instituto se pone en marcha el protocolo de acoso escolar, celebrando sesiones con los acosadores, los compañeros de clase y los padres de los alumnos.

El acoso escolar da lugar a cuadros clínicos de ansiedad, depresión y trastornos de conducta. Los síntomas más habituales son los siguientes: inseguridad, sentimientos de soledad, mala imagen personal y descenso del rendimiento escolar, ansiedad generalizada, fobia social y escolar, tristeza, decaimiento del ánimo, sentimientos de impotencia, ideas e intentos de suicidio (a veces consumado), y trastornos de conducta y personalidad. La sintomatología varía en función de si el sujeto es víctima, acosador o ambas cosas.

Las víctimas sufren fundamentalmente ansiedad, aislamiento, soledad, baja autoestima, quejas somáticas, autolesiones e ideas de suicidio. Los acosadores presentan fracaso escolar, abandono del colegio, trastornos de conducta y comportamientos delictivos. Los acosadores que también son víctimas presentan trastornos graves de conducta, ansiedad, autolesiones, ideación e intentos de suicidio.

Una diferencia fundamental entre el acoso tradicional y el ciberacoso es que este último siempre es indirecto, sin contacto físico, por lo que la víctima no tiene la oportunidad de defenderse y en todo momento está expuesta al ataque del acosador. Este, por su parte, puede permanecer en el anonimato sintiéndose libre para seguir hostigando y dañando a la víctima sin correr riesgos ni sufrir censuras, y, al no tener contacto directo con la víctima, desconoce su reacción y el daño que le causa⁸. Algunos acosadores dejan de actuar cuando son conscientes del perjuicio y del sufrimiento que ocasionan.

Curso clínico

El acoso escolar tiende a disminuir con la edad, aunque algunos autores consideran que no es tanto así, sino que cambia la modalidad, es decir, pasa a ser menos explícito. En un estudio realizado en adolescentes de 13-14 años, repetido cuando cumplieron 16 años, se comprueba que el acoso escolar es del 19% en los chicos y del 10% en las chicas a los 13-14 años, unas cifras que se reducen al 16 y al 5%, respectivamente, a los 16 años. En cuanto a la victimización, en los chicos disminuye del 13 al 5%, y en las chicas del 10 al 5%³. Por tanto, el acoso sigue siendo mayor en los chicos que en las chicas en la última etapa de la adolescencia, aunque disminuye respecto a edades anteriores.

Sobre la evolución de los trastornos psiquiátricos, según un estudio finlandés realizado en 2500 niños evaluados a los 8 años y explorados psiquiátricamente a los 18-23 años, el acoso sufrido a los 8 años permite identificar al 30% de los jóvenes que tendrán trastornos psiquiátricos unos 10-15 años después. Las víctimas sufren, sobre todo, trastornos de ansiedad; los acosadores, trastorno antisocial de la personalidad, consumo de drogas, ansiedad y depresión; y los acosadores que también son víctimas, trastornos de personalidad y ansiedad^{9,10}.

PUNTOS CLAVE

- **El acoso escolar suele disminuir a lo largo de la adolescencia y es un factor de riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos en la edad adulta.**

Diagnóstico y evaluación

El diagnóstico se basa en la información del niño, los padres, los profesores y, si es necesario, los servicios sociales. El diagnóstico es fácil de establecer cuando existe una relación directa entre los síntomas y la situación de acoso. Otras veces no es tan sencillo, pues los niños y adolescentes no expresan concretamente lo que les pasa y los padres no lo sospechan. Tampoco tiene por qué haber lesiones físicas que permitan orientar el diagnóstico. En el momento de la consulta puede tratarse de una fase aguda de la sintomatología o de un cuadro crónico de meses o años de evolución. Hay que intentar detectar los posibles trastornos psiquiátricos comórbidos: depresión, ansiedad, fobia escolar, trastornos de conducta y personalidad, consumo de drogas, etc.

El paciente puede acudir a la consulta porque sufre cefaleas, dolores abdominales, mareos, náuseas, vómitos o cuadros más inespecíficos. Como consecuencia de estos síntomas, el niño o adolescente decide no ir al colegio o busca pretextos para ausentarse. El rendimiento escolar desciende y los padres suelen referir que su hijo está distraído, pierde cosas en el colegio (lo que antes no sucedía), presenta moratones u otras lesiones, sin explicar con claridad cómo había pasado, tiene pesadillas, duerme inquieto y sale menos con los amigos.

En la exploración a solas con el paciente hay que descartar cuadros de ansiedad, sintomatología depresiva, autolesiones, ideas e intentos de suicidio, así como indagar cómo se siente en el colegio, si tiene problemas con los compañeros, cómo es la relación con los profesores y si alguien lo acosa; el pediatra debe transmitir que no es algo raro, que la culpa no es suya ni debe avergonzarse y, si es así, que se va a resolver, y todo lo que hablan tiene un carácter confidencial. El pediatra debe convencer al adolescente de la necesidad de que los padres sepan lo que le pasa y ofrecerle su ayuda para que se lo explique¹¹.

PUNTOS CLAVE

- **El diagnóstico de acoso escolar requiere realizar una entrevista a solas con el paciente.**
- **Hay que descartar otros trastornos psiquiátricos y es necesaria la información aportada por los padres, el colegio y, en su caso, los servicios sociales.**

Tratamiento

El tratamiento del acoso escolar precisa la colaboración de los padres, el colegio, el pediatra, los servicios sociales y, si es necesario, los servicios judiciales. Las medidas se dirigen a la víctima y a los acosadores, e incluyen el asesoramiento a los padres, los programas de prevención y educación en los colegios dirigidos a los alumnos, las familias, los profesores y demás empleados, así como campañas en los medios de comunicación que conciencien a la población^{4,11,12}. Lo más eficaz es actuar en varios frentes: apoyar a la víctima, concienciar al acosador, asesorar a los padres, establecer programas de prevención y educación en el colegio, y contar con el apoyo de los servicios sociales. Las intervenciones pueden ser individuales o grupales: terapia de apoyo a la víctima, terapia de grupo para los acosadores, educación de la clase donde sucede, reuniones con las familias y de la comunidad educativa...

PUNTOS CLAVE

- **El tratamiento y la prevención del acoso escolar abarcan varios apartados: apoyo a la víctima, asesoramiento a los padres, concienciación de los acosadores y compañeros, información a la comunidad educativa, implicación de los servicios sociales y campañas en los medios de comunicación.**

Conclusiones



El acoso escolar y el ciberacoso representan un problema social grave que se da en todas las culturas; afecta a un tercio de los alumnos, con consecuencias duraderas para las víctimas y los acosadores. Es más frecuente en los chicos que en las chicas, puede ser de carácter larvado o explícito, directo o por medios electrónicos, y se acompaña de trastornos psiquiátricos de las víctimas y de los acosadores, que pueden preceder al acoso o manifestarse después. El acoso es un factor de riesgo de depresión, conducta suicida y trastornos graves del comportamiento.



El acoso escolar implica un acto de poder e imposición de un individuo sobre otro al que se percibe como más débil; se lleva a cabo de forma repetida y tiene la intención de dañar y humillar a la víctima. Se trata de un fenómeno complejo, una forma de maltrato en la que intervienen múltiples variables (individuales, familiares, escolares y sociales), en cuya detección, prevención y tratamiento tienen que implicarse las instituciones sanitarias, educativas, sociales y jurídicas. Cuanto antes se detecte y mayor apoyo reciba la víctima, mejor será su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krešić Ćorić M, Kaštelan A. Bullying through the internet: cyberbullying. *Psychiatr Danub*. 2020; 32 Supl 2: 269-272.
2. Mardomingo MJ. Experiencias tempranas y desarrollo de la conducta. En: Mardomingo MJ, ed. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015; 247-280 [edición digital, 2019].
3. Barker ED, Arseneault L, Brendgen M, Fontaine N, Maughan B. Joint development of bullying and victimization in adolescence: relations to delinquency and self-harm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(9): 1030-1038.
4. Waseem M, Nickerson AB. *Bullying*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
5. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Health*. 2014; 55(5): 602-611.
6. García-Continente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, Nebot Adell M. Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. *Gac Sanit*. 2013; 27(4): 350-354.
7. Wright MF. School and peer contexts of bullying. En: Vestergaard SC, ed. *Encyclopedia of bullying*. Hauppauge: Nova Science Publishers; 2020. p. 933-947.
8. McCoy C, Potate M, McKinney C. Cyberbullying. En: Vestergaard SC, ed. *Encyclopedia of bullying*. Hauppauge: Nova Science; 2020. p. 725-736.
9. Kumpulainen K. Psychiatric conditions associated with bullying. En: Vestergaard SC, ed. *Encyclopedia of bullying*. Hauppauge: Nova Science Publishers; 2020. p. 1317-1329.
10. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Elonheimo H, Niemelä S, Helenius H, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the Finnish From a Boy to a Man study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161(6): 546-552.
11. Ruiz S, Angustias M, eds. *Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud*. Madrid: Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA); 2015.
12. Merayo MM. *Acoso escolar. Guía para padres y madres*. CEAPA, 2013.

JUNTOS
PROTEGEMOS
EL TRIPLE

ProTech

Única fórmula con
Osteopontina Láctea,
HMO y MFGM

Los 3 últimos avances
en protección del lactante

Blemil[®]

SIEMPRE MÁS
www.blemil.com

