

Capítulo I

Trastornos emocionales en la infancia: signos de alarma en la práctica pediátrica

06

Trastornos emocionales en la infancia: signos de alarma en la práctica pediátrica



Dra. Patricia S. García

Médica Psiquiatra Infantil y Psicoanalista. Médica Psiquiatra Infantil de Planta de Consultorios Externos, área de uno a nueve años de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Coordinadora del Equipo de niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo de dos a cinco años del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Miembro del Comité del Niño en Riesgo del Hospital "Ricardo Gutiérrez".

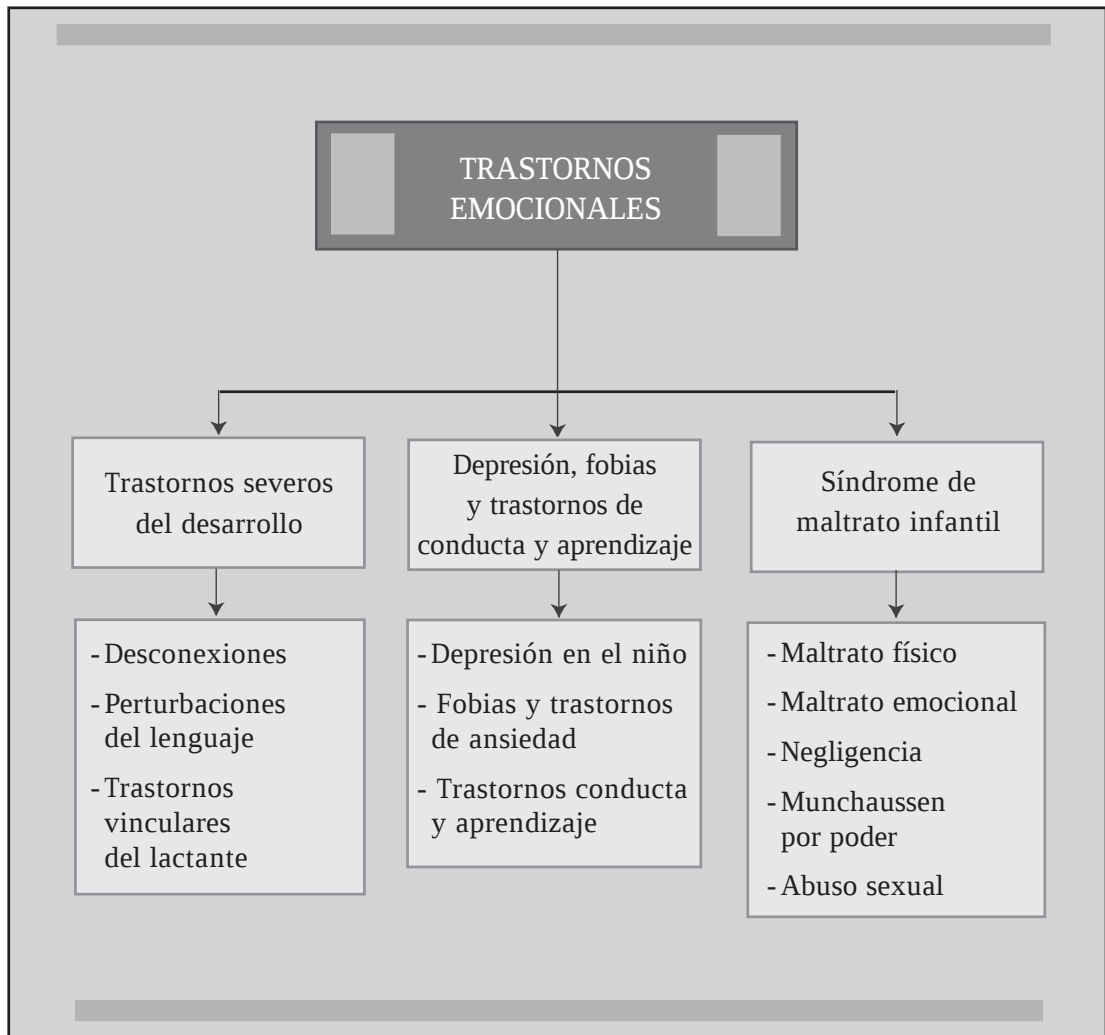
Colaboradora: Dra. Inés Alfieri

Médica Psiquiatra Infantil y Psicoanalista de Planta de Consultorios Externos, área de uno a nueve años de la Unidad de Salud Mental del Hospital "Ricardo Gutiérrez".
Coordinadora del Equipo de niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Objetivos

- ☐ Describir las características más importantes, por la frecuencia o la gravedad, de los trastornos del desarrollo o de conducta.
- ☐ Detectar precozmente, a través de la anamnesis y de la observación clínica los trastornos psicopatológicos o perturbaciones vinculares que puedan ocasionarlos.
- ☐ Identificar signos y síntomas presentes en niños en riesgo de maltrato (físico, emocional, negligencia y abuso sexual).
- ☐ Reconocer la necesidad de realizar un abordaje interdisciplinario frente a estas complejas problemáticas.

Esquema de contenidos





Ejercicio Inicial

Antes de comenzar le proponemos realizar un ejercicio de reflexión sobre sus conocimientos, ideas y práctica profesional relacionados con este tema.

A Recuerde las últimas 5 o 10 consultas que ha tenido con niños pequeños.

1. ¿En alguno de ellos ha habido algo que le llamó la atención relacionado con la comunicación o la vinculación del niño con las cosas y personas?

.....

.....

.....

.....

2. En cuántos de ellos evaluó riesgo de desarrollar un trastorno de comunicación preguntando a los padres por ejemplo:

¿Su niño/a, se interesa por jugar con otros niños o niñas?

¿Simula en ocasiones jugar a “tomar el té”?

¿Le señala cosas con su dedo índice o lo usa para llamar su atención para pedir algo que quiere?

¿Su niño juega? ¿Qué tipo de juegos prefiere?

.....

.....

.....

.....

3. Recuerde especialmente a sus pacientes menores de un año, busque su historia clínica. En qué medida tiene anotaciones referidas a la observación del vínculo con la madre: ¿Cómo lo sostiene? ¿Cómo lo viste o desviste? ¿Cómo lo consuela?

.....

.....

.....

4. ¿Qué otras preguntas, relacionadas con la detección de signos de alarma de trastornos emocionales realiza habitualmente? Anótelas

.....

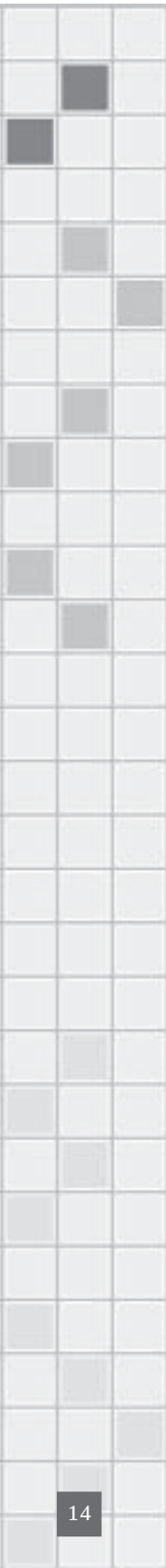
.....

.....

.....

B A continuación le presentamos una serie de situaciones clínicas para que usted proponga un diagnóstico (Todos los casos son retomados en el texto: revíselos al final de la lectura).

1. Niña de dos años y medio, que presenta retraso en el lenguaje y desconexión. Concurrió a la entrevista con los padres, que parecían tener buen vínculo con su hija. Refirieron que la niña había tenido una evolución normal hasta el año y medio. De bebé, se sonreía, balbu-



ceaba, estiraba los brazos cuando veía a la mamá. A partir de esa fecha comenzaron a notarla más aislada, no evolucionaba el lenguaje, no sonreía. Se despertaba varias veces por la noche. En la entrevista, la niña impresionó desconectada, no miraba al entrevistador.

¿En qué piensa?

.....

.....

.....

.....

2. Paciente de 6 años, derivado por la escuela porque jugaba y hablaba solo. Este niño tenía un lenguaje particular (hablaba “como un personaje televisivo”), no toleraba los cambios. Si los compañeros se burlaban, se enojaba mucho, gritaba y pegaba. Si bien leía y escribía, se rehusaba a cumplir con las consignas escolares. Los padres relataron que siempre había sido un niño afectuoso con ellos. Había adquirido el lenguaje a los dos años, pero comenzó a hablar de una manera particular, como si fuera extranjero. Solo le interesaba hablar de los personajes de algunos dibujitos animados, los dibujaba, hablaba como ellos, y quería ver esos programas reiteradamente. Durante la entrevista diagnóstica el niño se conectaba con la mirada, pero fugazmente. Armó su juego sentado de espaldas, hablaba utilizando las frases y la entonación de voz de ese personaje de la televisión. Se enojaba si se intentaba interactuar con él.

¿En qué piensa?

.....

.....

.....

.....

3. Niña de cinco años con diagnóstico presuntivo de autismo. No había adquirido el lenguaje, salvo algunas palabras sueltas. En cuanto a la conducta, tendía a aislarse y presentaba momentos de gran irritabilidad. En la entrevista, lo que primero nos llamó la atención fue que la niña se conectaba con la mirada y que, frente a la intervención activa de la terapeuta, pudo armar una pequeña escena de juego (simuló tomar té con las tacitas de juguete).

¿En qué piensa?

.....

.....

.....

.....

4. Niña de seis años derivada por la escuela, porque no hablaba ni con los docentes ni con sus compañeros. Sin embargo, cumplía con las consignas de los maestros y tenía buen desempeño escolar. La madre refirió que la niña nunca había hablado con extraños, pero que lo hacía fluidamente en el hogar, con su familia. Para nuestra sorpresa, la madre no manifestaba ninguna preocupación por ello y sólo consultaba dada la solicitud de la escuela. A lo largo de las entrevistas, la paciente no habló, se expresó a través de dibujos.

¿En qué piensa?

.....

.....

.....

.....

5. Niño de 12 años que se niega a ir a la escuela.

¿En qué piensa?

.....

.....

.....

6. Niño de 10 años que se lavaba las manos muchas veces por día (tocaba algo y, antes de tocar otra cosa, tenía que volver a lavarse). Caminaba pisando solo determinadas baldosas. Cuando iba a beber se quedaba con el vaso en alto unos minutos. Si los padres trataban de interrumpir estas conductas, se enojaba mucho y lloraba. Pedía que no lo molestaran porque tenía que hacerlo.

¿En qué piensa?

.....

.....

.....



Revise estas notas al finalizar la lectura

Introducción

En este capítulo, procuraremos establecer una guía práctica para la detección precoz de trastornos psicopatológicos o perturbaciones vinculares que puedan ocasionarlos.

El pediatra deberá realizar una anamnesis detallada, que tenga en cuenta los siguientes elementos: historia familiar evolutiva, tipo de vínculo, relato de un día del niño y su familia, etc. Durante la entrevista, se debe observar cómo los padres se dirigen al niño y qué cosas cuentan al médico de él, y si sus expectativas concuerdan con las posibilidades reales del hijo. Se interrogará acerca de los hábitos de autonomía y las pautas madurativas, pero con cierta suspicacia. Sabemos que los padres minimizan algunos problemas y exageran otros: el pediatra debe habituarse a “leer entre líneas”.

En el consultorio no deben faltar algunos juguetes. Habrá que observar la manera en que el niño se aproxima a ellos, cómo los manipula, si involucra o no a los adultos en sus juegos, etc. Si se trata de un escolar, conviene pedir los cuadernos.

Es fundamental que el pediatra observe el **vínculo madre-bebé**:

- ¿Cómo lo sostiene?
- ¿Cómo lo viste o desviste?
- ¿Cómo lo consuela? ¿cómo lo mira? ¿cómo le habla?

También es importante el **papel del padre**:

- ¿Convive con la madre?
- ¿Cómo se comporta? ¿sostiene a la mujer?
- ¿Qué lugar tiene la palabra del padre para la madre?

Nunca hay que apresurarse a dar diagnósticos psiquiátricos, pero tampoco hay que tranquilizar **rápidamente** a los padres con frases del estilo: “No es nada, ya va a hablar cuando sea más grande...”, antes de estar seguros de que no estamos pasando por alto alguna patología. En otras palabras, no hay que apresurarse a encuadrar en una nomenclatura o enfermedad psiquiátrica una sintomatología observable, ya que la infancia es un tiempo evolutivo suficientemente cambiante, durante el cual los síntomas pueden modificarse. Muchas preocupaciones de los padres se pueden deber a trastornos del crecimiento esperables, tales como berrinches, miedos, perturbaciones del sueño, etc. También determinados cuadros psicopatológicos como fobias, depresiones, desconexiones secundarias, pueden ser reactivas. En estos casos, un tratamiento psicoterapéutico adecuado y precoz para el niño y su familia logra operar modificaciones y hasta su resolución completa.

No todo niño depresivo, fóbico u obsesivo será un adulto depresivo, fóbico u obsesivo.

Antes de realizar la derivación al psicólogo o psiquiatra se debe ahondar en la problemática y establecer estrategias en el ámbito pediátrico. En caso de que el pediatra considere pertinente realizar la interconsulta a Psicopatología, deberá trabajar con los padres la derivación, tratando que no se sientan culpables pero tampoco ajenos a la problemática del niño. Esto es importante, porque la consulta y el posterior tratamiento psicoterapéutico necesitan de la participación activa de los padres.

Vamos a referirnos principalmente a los trastornos que van desde los primeros meses hasta los diez años (franja etaria a la que nos dedicamos en nuestra práctica hospitalaria). Haremos hincapié, por un lado, en los motivos de interconsulta más frecuentes y, por otro, en los que más nos deben preocupar. Ilustraremos los diferentes desarrollos con casos clínicos.

1. Trastornos severos del desarrollo

a. Desconexiones

Si fuera necesario restringirnos a una sola advertencia, ella sería, sin duda: **“Estar muy atentos a las desconexiones”**. Cuanto más precoz su detección y tratamiento, mejor será su pronóstico. Sobre todo, cuando son secundarias a hipoestimulación o patología vincular. En estos casos, el tratamiento instituido tempranamente puede revertirlas.

A continuación, consignaremos algunos **signos de alarma** que alertan sobre patología emocional severa de tipo autista:

- Ausencia de sonrisa social.
- Falta de succión del pulgar.
- Evitación del contacto visual.
- Rehuir la mirada o mirar de costado.
- Contactos fugaces sin mostrar un real interés comunicativo.
- Dificultad en la rotación sobre su eje.
- Intolerancia a que lo vistan o desvistan.
- Hipersensibilidad a los ruidos (sobre todo los mecánicos, como –por ejemplo– el ruido de un motor).
- Permanencia en la acción de mover los dedos delante los ojos, con la mirada fija en ellos, durante largos períodos, o captación de la misma por objetos luminosos.
- Aparición de conductas motoras repetidas, como golpearse la cabeza o *rocking*.
- Apatía, irritabilidad o insomnio severo.
- Ausencia de la angustia del octavo mes frente a los extraños.
- Ausencia de expresión de júbilo frente a su imagen en el espejo alrededor del octavo mes.
- Poca actividad exploratoria sobre su cuerpo y el cuerpo de la madre (por ejemplo: es normal que el bebé hurgue en los orificios de la cara).

Ausencia de movimientos anticipatorios:

- Ausencia de la extensión de los brazos en dirección al adulto cuando se los va a alzar.
- Falta de adaptación al cuerpo de otro (cuando se lo sostiene en “upa”).

A partir de los catorce meses, es importante observar que el niño sano experimenta el placer de compartir con el adulto significativo el descubrimiento de algo que le produce interés, ya sea señalándolo o mirando a la persona que lo acompaña. En los niños con desconexiones esta conducta **no aparece**.

Ninguna de estas conductas debe ser evaluada aisladamente: debe observarse al niño y a la familia en su conjunto.

Con respecto al **lenguaje**, la característica fundamental en los niños con desconexiones autísticas es la **ausencia de intención comunicativa**.

El lenguaje puede estar ausente o presentar:

- Ecolalias (repetición mecánica de frases o palabras).
- Neologismos (palabras inexistentes).

- Alteración de la prosodia (modulación del volumen, tono y velocidad de la voz).
- Discurso en tercera persona, sin utilizar el “yo” ni el “mío”.

Nuevamente señalamos que ninguno de estos signos tomados por separado hacen diagnóstico de autismo. Por ejemplo: la ecolalia es común en los deambuladores, evolucionando rápidamente al armado de frases.

Los niños con desconexiones de tipo autístico no pueden armar escenas de **juego simbólico** (como jugar a tomar el té, o a la pelota esperando que alguien la devuelva, etc.). Sus juegos son mecánicos, reiterativos y no tienen en cuenta al otro.

- Utilizan los objetos para ordenarlos, hacerlos girar, ponerlos en fila, sin que ello implique representación simbólica.
- El juego es repetitivo y estereotipado, como abrir y cerrar puertas o girar los picaportes.

En cuanto a la **actividad motora**, pueden presentar aleteo de manos, girar sobre su propio cuerpo, deambular sin una finalidad definida, etc.

¿Qué preocupaciones pueden expresar los padres durante la consulta pediátrica que alerten al profesional?: “No responde a su nombre”, “No puede decirme lo que quiere”, “No me sonríe”, “Parece sordo”, “Está en su mundo”, “Decía pocas palabras y ahora no dice nada”, “Hace movimientos raros”, “No sabe jugar con los juguetes”.

Si el pediatra sospecha de autismo debe solicitar las interconsultas necesarias sin alarmar a los padres, hasta estar seguro de su presunción.

Indicadores que requieren una inmediata evaluación:

- Ausencia de silabeo, de señalamiento, de gestualidad a los doce (12) meses.
- Ausencia de palabras a los diez y seis (16) meses.
- Ausencia de frases de dos (2) palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Pérdida de cualquier habilidad del lenguaje o interacción social en cualquier edad.

El CHAT (Check List for Autism in Toddlers), es un *test* muy utilizado en la actualidad. (Ver ANEXO 1).

No obstante, debe tenerse en cuenta que ningún cuestionario reemplaza la observación clínica. Puede ser un complemento útil, pero utilizarlo como única herramienta diagnóstica puede inducir a errores graves.

Es importante que el pediatra descarte enfermedades orgánicas que pueden asociarse a trastornos del desarrollo.

La esclerosis tuberosa, trastornos genéticos (fragilidad del X, Prader-Willis, Síndrome de Angelman, etc.), neurofibromatosis, epilepsia, hipoacusia, intoxicación por plomo, pueden asociarse a trastornos del desarrollo.

Por lo tanto, los estudios diagnósticos deben incluir: **evaluación auditiva, interconsulta con Genética, Neu-**

rología, Psiquiatría y Psicología Infantil. Frente a las desconexiones precoces, debe tenerse en cuenta la importancia de la **estimulación temprana** (a través del trabajo de psicomotricidad realizado con el niño y su madre).

Caso 1: Lactante de ocho meses. Lo derivaron porque presentaba retraso de la maduración. Había tardado en adquirir el sostén cefálico, no sonreía, ni balbuceaba. Se golpeaba la cabeza contra la cuna y llamaba la atención que la madre no percibía lo que se observaba. A lo largo de las entrevistas, advertimos que la madre estaba deprimida. Era extranjera, no contaba con familiares, el papá de la niña la había abandonado durante el embara-

zo. De la beba, decía que era muy tranquila, que casi no lloraba. La niña estaba todo el día en la cuna. La amamantaba mirando la televisión.

En este caso, dimos intervención a Servicio Social, para organizar una red de sostén. Se indicó tratamiento psicológico para la madre y se realizó estimulación de psicomotricidad con la beba, en presencia de su progenitora. La desconexión de la niña se revirtió, y la interpretamos como secundaria a depresión materna.

Caso 2: La solicitud de interconsulta decía lo siguiente: “Paciente de dos años y ocho meses, que no habla, no responde con la mirada, intenta sacarse la ropa. Nació pretérmino. Examen neurológico sin particularidades”.

En la primera entrevista, observamos que el niño presentaba gran inquietud motora, abría y cerraba las puertas continuamente, no se conectaba con la mirada y presentaba un lenguaje incompresible, verdadera jergafasia (palabras sin sentido para el observador). La madre nos refirió que parecía estar “en su mundo”, que no respondía cuando le hablaban. Cuando quería algo, tomaba la mano del adulto a cargo como si fuera un objeto, sin mirarlo, ni comunicarse. Dicha situación se repitió en el consultorio. En este caso, había suficientes signos para pensar en autismo.

Caso 3: Niña de dos años y medio, derivada por presentar retraso en el lenguaje y desconexión. Concurrió a la entrevista con los padres, que parecían tener buen vínculo con su hija. Refirieron que la niña había tenido una evolución normal hasta el año y medio. De bebé, se sonreía, balbuceaba, estiraba los brazos cuando veía a la mamá. A partir de esa fecha comenzaron a notarla más aislada, no evolucionaba el lenguaje, no sonreía. Se despertaba varias veces por la noche. En la entrevista, la niña impresionó desconectada, no miraba al entrevistador. En este caso, se interconsultó con Neurología, donde diagnosticaron epilepsia temporal, con múltiples ausencias.

Si bien la mayoría de los casos de autismo severo son diagnosticados antes del inicio escolar, existe un grupo de niños que adquieren el lenguaje y presentan buen nivel intelectual pero no disfrutan del juego ni comprenden los códigos implícitos del mismo y utilizan el lenguaje literalmente. Hablan con un tono peculiar, robótico, como si fueran extranjeros o personajes de la televisión. Tienen intolerancia a los cambios (rutinas cotidianas, actividades escolares, etc.), no se sienten incluidos en las consignas grupales. Presentan, además, intereses peculiares, reiterados, sobre determinados temas (memorizar los nombres de la guía telefónica, los trayectos de colectivos, etc.). Pueden presentar torpeza motora. Ante tal sintomatología el pediatra debe pensar en un **Síndrome de Asperger**.

Cuando un paciente viene madurando adecuadamente y hay una detención en el desarrollo, o, aún más, pérdida de logros ya adquiridos, es conveniente investigar patología orgánica.

Caso 4: Paciente de 6 años, derivado por la escuela porque jugaba y hablaba solo. Este niño tenía un lenguaje particular (hablaba “como un personaje televisivo”), no toleraba los cambios. Si los compañeros se burlaban, se enojaba mucho, gritaba y pegaba. Si bien leía y escribía, se rehusaba a cumplir con las consignas escolares. En la entrevista, los padres relataron que siempre había sido un niño afectuoso con ellos. Había adquirido el lenguaje a los dos años, pero comenzó a hablar de una manera particular, como si fuera extranjero. Jugaba solo y hablaba con amigos imaginarios, y se molestaba mucho si se lo interrumpía. Solo le interesaba hablar de los personajes de algunos dibujitos animados, los dibujaba, hablaba como ellos, y quería ver esos programas reiteradamente. Durante la entrevista diagnóstica el niño se conectaba con la mirada, pero fugazmente. Armó su juego sentado de espaldas, hablaba utilizando las frases y la entonación de voz de ese personaje de la televisión. Se enojaba si el terapeuta intentaba interactuar con él. Por el relato de los padres y lo observado en la hora de juego, consideramos el diagnóstico de Síndrome de Asperger.

b. Perturbaciones del lenguaje

Otra área que el pediatra debe evaluar detenidamente es la del lenguaje, ya que sus perturbaciones son variadas, de sutil diagnóstico diferencial y la precocidad del mismo (con la inmediata institución del tratamiento adecuado) incide fuertemente en el pronóstico a largo plazo.

¿Cuáles son las preguntas que un pediatra se debe hacer frente a un niño que no habla? En primer lugar, es necesario determinar si hay **intención de comunicación**, ya que un niño puede no presentar lenguaje articulado por un trastorno fonatorio y, no obstante, hacerse entender mediante gestos.

- Si el niño está conectado.
- Si la audición es normal o no.
- Si el retraso en el lenguaje es parte de un retraso madurativo más global.
- Si comprende, aunque no hable.

¿Qué cuadros de gravedad psicopatológica pueden estar ocultos detrás de un retraso del lenguaje? Además de las desconexiones, a las que yo nos referimos, existe un grupo de trastornos llamados **disfasias**, que debemos sospechar frente a un niño que no presenta retraso mental ni déficit sensorial y que conserva su capacidad de empatía. Las **disfasias** consisten en una incapacidad innata para la decodificación o codificación del lenguaje. Pueden comprometer un sólo aspecto, como la disfasia de expresión, donde la comprensión está conservada. En los casos más graves (disfasia mixta) el niño no comprende los mensajes verbales. Estos son los cuadros que se confunden con autismo o hipoacusia.

Caso 5: Niña de cinco años derivada con diagnóstico presuntivo de autismo. No había adquirido el lenguaje, salvo algunas palabras sueltas. En cuanto a la conducta, tendía a aislarse y presentaba momentos de gran irritabilidad. En la entrevista, lo que primero nos llamó la atención fue que la niña se conectaba con la mirada y que, frente a la intervención activa de la terapeuta, pudo armar una pequeña escena de juego (simuló tomar té con las tacitas de juguete). El diagnóstico de autismo quedó descartado y se realizó interconsulta con Neurología. El trazado electroencefalográfico resultó compatible con el Síndrome de Landeau Kleffner, una forma de epilepsia que puede cursar con disfasia.

Otro cuadro que se presta a confusiones diagnósticas es el **mutismo selectivo**. Se trata de niños que, si bien adquirieron lenguaje, se niegan terminantemente a hablar con cualquier persona ajena a su familia. Es de origen emocional y, en general, hay importantes patologías vinculares con problemáticas encubiertas (secretos familiares).

Caso 6: Niña de seis años derivada por la escuela, porque no hablaba ni con los docentes ni con sus compañeros. Sin embargo, cumplía con las consignas de los maestros y tenía buen desempeño escolar. La madre refirió que la niña nunca había hablado con extraños, pero que lo hacía fluidamente en el hogar, con su familia. Para nuestra sorpresa, la madre no manifestaba ninguna preocupación por ello y sólo consultaba dada la solicitud de la escuela. A lo largo de las entrevistas, si bien la paciente no habló, se expresó a través de dibujos. En ellos reveló una conflictiva familiar (agorafobia del padre) que no había sido relatada (*figura 1*).

Frente a un niño con retraso del lenguaje, es necesario realizar un exhaustivo diagnóstico psicológico, neurológico y fonoaudiológico.

- Figura 1 -



c. Trastornos vinculares del lactante

Hay numerosas perturbaciones que se presentan en el primer año de vida, cuyo cuadro extremo es la depresión consecutiva a privación afectiva. El primero en describir la depresión en el lactante fue René A. Spitz (1). Este autor observó a bebés separados tempranamente de sus madres y puestos al cuidado de niñeras que los alimentaban e higienizaban adecuadamente, pero sin establecer una relación afectiva. En estos casos, aparecían los síntomas en tres etapas:

- Primer mes: lloraban mucho, eran irritables y exigentes, y tendían a aferrarse al adulto que se acercaba.
- Segundo mes: el lloriqueo se transformaba en gemidos, perdían peso y se estancaban madurativamente.
- Tercer mes: Rechazo del contacto. Yacían postrados en sus cunas. Presentaban insomnio, apatía, mayor pérdida de peso y –finalmente– letargo.

Este cuadro, que sin una intervención adecuada llevaba a la muerte, fue denominado por Spitz “**depresión anaclítica**”.

Aun sin llegar a este extremo, **todas las depresiones del lactante son secundarias a privación afectiva**: abandono, negligencia, depresión materna (en particular, las puerperales). Los signos de depresión en el lactante son: apatía, inexpresividad (mímica pobre), enlentecimiento motor, hipotonía, disminución de la intencionalidad comunicativa, trastornos del sueño (insomnio), trastornos de la alimentación (anorexia, que puede llegar a ser grave). El lactante parece haber perdido el interés por el alimento, incluso puede rechazarlo activamente y hasta vomitar lo poco que ingiere.

2. Depresión, fobias y trastornos de conducta y aprendizaje

a. Depresión en el niño

Los niños no suelen presentar la fenomenología que se observa en la depresión del adulto. Síntomas tales como sentimientos de tristeza, pesimismo o auto reproches son menos frecuentes. Sus manifestaciones son más corporales y conductuales. Suele ser reactiva a situaciones de pérdida (fallecimientos, separaciones). El interrogatorio revela con frecuencia antecedentes de depresión en la familia, sobre todo la materna. Frente a un niño con depresión, debemos preguntarnos qué adulto significativo está deprimido. Asimismo, habrá que investigar situaciones de duelos no elaborados, tanto recientes como lejanos en el tiempo. También es causa de depresión la exposición de los niños a situaciones de violencia física o emocional, abandono o rechazo.

- Tabla 1 -

Equivalentes depresivos en relación con la edad

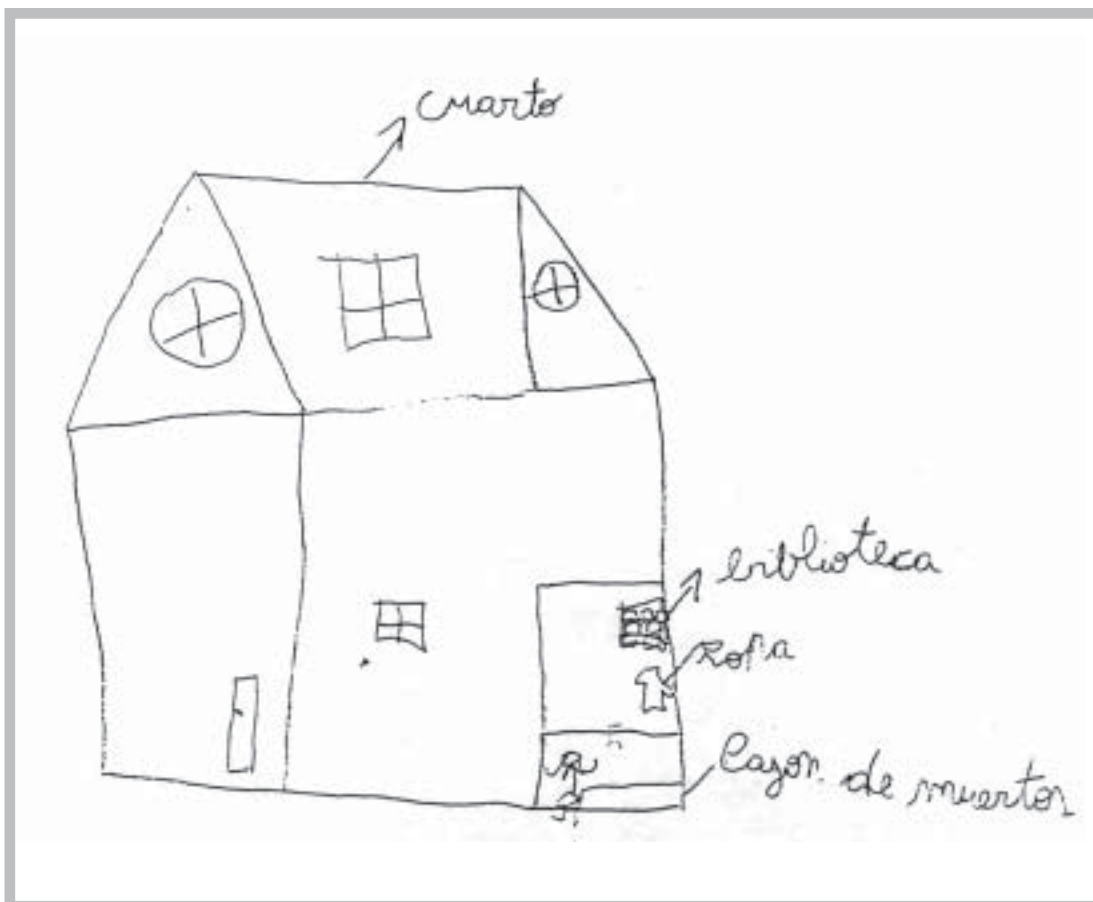
Depresión en el bebé	Se trata de la ya descrita “depresión anaclítica” de Spitz (ver apartado anterior).
Depresión en el deambulador (de 1 a 3 años)	• Expresión facial triste. • Evitación de la mirada. • Llanto fácil. • Imposibilidad de separarse de la madre o, por el contrario, falta de reacción a la separación. • Retraso en el desarrollo pondoestatural y en la maduración (lenguaje-marcha). • Trastornos del sueño y la alimentación.
Depresión en el niño pequeño (tres 3 a cinco 5 años)	Pueden presentar equivalentes somáticos, tales como: • Trastornos de la alimentación (bulimia o pérdida del apetito). • Irritabilidad • Enuresis – encopresis. • Trastornos del sueño: es frecuente el despertar nocturno. • Trastornos de la conducta. • Aislamiento, berrinches intensos. • Agitación motora (muchos niños son diagnosticados como hiperkinéticos). • Autoestimulación (como masturbación compulsiva).
Depresión en el niño en edad escolar	• Quejas somáticas como epigastalgias, cefaleas, algias, anorexia, alteraciones del sueño, piernas inquietas. • Irritabilidad, aburrimiento, sentimientos de culpa. • Trastornos de conducta, tales como inhibición de la agresión (no se pueden pelear con ningún chico) o, por el contrario, agresividad. • Trastornos de escolaridad: falta de concentración, dificultades de aprendizaje.

También se observan particularidades en el juego, como dificultades para jugar solo (necesidad de la presencia constante de un adulto o par) o falta de placer en el juego.

Caso 7: Niño de cuatro años. Lo derivan a Psicopatología por presentar hiperkinesia y trastornos de conducta. Tenía lenguaje acorde con la edad y estaba bien conectado. La madre nos relató que no se quedaba quieto, presentaba conductas de riesgo (como soltarse de la mano al cruzar la calle), pegaba a otros chicos, rompía objetos. Le costaba dormirse y, cuando finalmente lo hacía, se despertaba varias veces durante la noche. Hasta los dos años había tenido un desarrollo normal. Cuando se interrogó a la mamá sobre situaciones de pérdida o duelos en la familia, se puso a llorar y nos relató el fallecimiento de una hermanita de cinco meses por muerte súbita, un año y medio antes. La mujer comentó que no podía dejar de pensar en ella.

Caso 8: Paciente de seis años que es traída a la consulta por su madre, quien refiere que está muy irritable y maltratadora: *"Es una tirana en casa"*. A veces, se encierra en su habitación donde llora y grita, para después permanecer largo rato en silencio y con la mirada perdida. Su rendimiento escolar ha disminuido: se distrae en clase, pierde los útiles y no completa las tareas. Presenta inapetencia. En la consulta, se muestra inhibida y relata que tiene dificultades para relacionarse con sus compañeros de escuela, quienes la excluyen de sus juegos y, por momentos, se burlan y la agreden. A ella le cuesta defenderse. Siente que sus hermanas están mejor que ella: *"A mi hermana nunca la retan. A mí, siempre."* Últimamente, la asustan los gritos de la madre cuando la reprende y teme defraudar al padre por no cumplir con los logros esperados. La madre refiere que estuvo deprimida durante el primer año de vida de la paciente porque sus propios padres fallecieron con un breve intervalo entre ambos. El primer dibujo espontáneo de la niña es una casa donde vive "una abuela" encerrada en el único cuarto habitable, al cuidado de un "cajón de muerto" (figura 2).

- Figura 2 -



b. Fobias y trastornos de ansiedad en general

Muchos miedos que aparecen en el transcurso del desarrollo son evolutivos y no constituyen indicadores de patología: angustia frente a los extraños (6 a 18 meses), miedo a la oscuridad, monstruos, fantasmas, insectos (3 a 7 años), temor a que le suceda algo a los padres (8 a 10 años). En la pubertad, sobre todo en las niñas, es frecuente el temor a los ladrones.

Muchos miedos que aparecen en el transcurso del desarrollo son evolutivos y no constituyen indicadores de patología.

Entonces, ¿cuándo se solicita la interconsulta con el especialista? Cuando los temores interfieren en la vida del niño, en su capacidad de jugar, en el intercambio con sus pares o en su rendimiento escolar.

En el **lactante** puede haber dermatitis, trastornos del sueño o de la alimentación **reactivos a ansiedad materna**. Hay que estar atentos a madres que, frente a esos mismos signos, temen una enfermedad grave. En casi todos los trastornos de ansiedad hay padres ansiosos. En el niño de **2 a 5 años** es frecuente la consulta por **ansiedad de separación**, que se manifiesta con angustia exagerada cuando se lo separa de la madre. Son niños que no se quieren quedar con extraños. En la consulta con el pediatra, no se dejan revisar. Se los nota como apegados a la mamá y lloran permanentemente. También es común que presenten trastornos del sueño. No quieren dormir solos y, si lo hacen, se despiertan atemorizados. Pueden presentar epigastralgias, tricotilomanía (arrancarse el cabello o las cejas), onicofagia. Se rehúsan a quedarse en el jardín. Si lo hacen, están impacientes y no se pueden concentrar en la actividad.

Caso 9: Niña de cinco años. Consultan porque se arrancaba las cejas y vomitaba antes de entrar al jardín. La maestra refería, en su informe, que se la notaba impaciente. Preguntaba cuánto faltaba para terminar cada actividad y no se podía concentrar en ninguna. No quería dormir sola y, si lo hacía, se despertaba varias veces. Como antecedente, la mamá relató que había tenido una convulsión febril al año y, desde entonces, había quedado con temor de que pudiera suceder “algo malo”.

Otro motivo de consulta frecuente relacionado con los trastornos de ansiedad es el del **niño que se niega a ir a la escuela**. Se puede tratar de una **fobia escolar**. Ésta se presenta alrededor de los 6 años, con otro pico de incidencia alrededor de los 12 años. El niño presenta miedo intenso antes de ir a la escuela o el día anterior, llora, se angustia. Puede tener epigastralgias, vómitos, diarrea, mareos, etc. Los síntomas desaparecen cuando se queda en casa. En general, realiza las tareas escolares sin dificultad. No pueden dar una respuesta clara acerca de la razón por la que no quieren ir y prometen que al otro día irán. Suele haber antecedentes de ansiedad de separación. La mayoría de las veces, tampoco quieren ir a dormir a la casa de amigos.

Caso 10: Paciente de 8 años que no concurría al colegio desde hacía dos semanas, luego de las vacaciones de invierno. Desde el comienzo de las clases decía que tenía miedo y lloraba durante la jornada escolar. En la casa estaba tranquilo, se podía quedar solo hasta una hora y realizaba las tareas escolares sin dificultad. No quería ir a casas de amigos, pero los recibía de buen grado en su casa. No había podido asistir a sala de cuatro porque lloraba mucho al separarse de su madre.

Hay que diferenciar la fobia de una **situación traumática** que haya ocurrido en el ámbito escolar. En estos casos, en general, el niño concurría a la escuela sin problemas y comienza repentinamente con síntomas de angustia severa. Puede negarse a relatar lo sucedido, pero, cuando lo hace, la narración es clara y precisa.

Otro cuadro que se confunde es el **negativismo**. Se trata de niños que se niegan terminantemente a concurrir a clases. No quieren vestirse, ni desayunar. Si entran al aula no cumplen con las consignas ni les responden a los maestros. Pueden llegar, incluso, a fugarse del colegio. Se trata de cuadros psicopatológicos más severos que la fobia escolar.

Los rituales son conductas repetidas que aparecen normalmente en el transcurso del desarrollo evolutivo de un niño, como formas de controlar la angustia.

Dentro de las perturbaciones más frecuentes relacionadas con la ansiedad, el pediatra puede ser consultado por **rituales, conductas compulsivas y obsesiones**.

Alrededor de los 3-5 años, son comunes los rituales antes de acostarse, como acomodar la ropa de determinada manera, disponer los muñecos de forma especial, que le cuenten el mismo cuento o le canten la misma canción. En la edad escolar, frente a las nuevas exigencias, pueden aparecer algunas conductas compulsivas como: colocar los lápices de la misma manera en la cartuchera, acomodar los zapatos simétricamente,

usar la misma remera antes de un examen, tener un número de la suerte o mala suerte. En general, estos trastornos no interfieren en la vida del niño y son realizados como un juego.

El pediatra debe saber que **los rituales son patológicos** cuando forman parte de algún trastorno psicológico. Por ejemplo: **el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**.

Las **ideas obsesivas** son ideas o imágenes que se le imponen al paciente contra su voluntad. Son percibidas como producto de su mente y le generan intensa angustia. Las obsesiones más frecuentes son de contenido sexual, agresivo o de contaminación, y el paciente las experimenta como pensamientos prohibidos que le producen vergüenza. Este tipo de ideación, por su complejidad, requiere una determinada organización cognitiva que se alcanza alrededor de los diez años. En este momento, el niño adquiere la capacidad de juzgar si las ideas que se le presentan son o no productos irracionales de sus propios pensamientos.

Las **compulsiones** son actos repetitivos como lavarse o cepillarse los dientes excesivamente, colocar los objetos simétricamente, tocar cosas, revisar algo reiteradamente. También pueden ser actos mentales, como contar, pensar determinadas palabras, etc. Pueden aparecer o no como repuesta a la ansiedad que generan las ideas obsesivas. En el niño pequeño suelen aparecer sin la ideación.

¿Cómo diferenciar los rituales patológicos de los normales?

- Demandan mucho tiempo de la vida del niño.
- Interfieren en su vida cotidiana (escolaridad-juego-vida familiar).
- Su interrupción provoca intensa angustia o enojo, y son percibidos como “raros” y perturbadores por su entorno familiar y social.

Caso 11: Niño de 10 años. Consultaron porque se lavaba las manos muchas veces por día (tocaba algo y, antes de tocar otra cosa, tenía que volver a lavarse).

Caminaba pisando solo determinadas baldosas. Cuando iba a beber se quedaba con el vaso en alto unos minutos. Si los padres trataban de interrumpir estas conductas, se enojaba mucho y lloraba. Pedía que no lo molestaran porque **tenía** que hacerlo. Luego de varias entrevistas con el niño relató, muy angustiado, que cada vez que tocaba algo tenía miedo de contagiarse una enfermedad y que, si no pisaba determinadas baldosas, le podía ocurrir un accidente a la mamá. En este caso, las conductas compulsivas estaban en repuesta a las ideas obsesivas.

Si el pediatra sospecha que el niño presenta un trastorno obsesivo compulsivo, además de derivar al especialista, debe solicitar un **dosaje de anticuerpos anti-estreptococo beta hemolítico grupo A**, ya que hay un porcentaje de infecciones por dicho agente que afectan el cuerpo estriado produciendo un cuadro similar.

El **Síndrome de Gilles de la Tourette** puede presentar conductas compulsivas como compulsión a tocar y a decir malas palabras (coprolalia). A ello se suman tics fónicos y motores múltiples, rápidos, de curso fluctuante (aumentan, disminuyen y cambian lentamente). El paciente puede ejercer un cierto control voluntario sobre los mismos.

Caso 12: Niño de 8 años. La madre refiere que insultaba a pares y adultos. Presentaba conductas como tocar las cabezas de sus compañeros y los respaldos de las sillas, y golpear con la punta del pie la pared del pasillo. Producía, además, “ruidos raros” con la boca (tics fónicos). El niño había comenzado hacía un año con tics en hombros y cabeza, que aparecían y desaparecían por períodos. Los padres consideraban que los provocaba intencionalmente.

Otros cuadros psicopatológicos también pueden presentar conductas repetitivas. Por ejemplo, en niños **autistas** pueden verse conductas estereotipadas que asemejan rituales. En el inicio de **episodios psicóticos** en la pubertad, pueden observarse, múltiples rituales e ideas que parecen obsesivas, pero tienen carácter de certeza (el paciente está convencido de que son reales). Pueden ir acompañadas por alucinaciones, alteraciones del curso del pensamiento, despersonalización, retracción, aislamiento. Cambios de conducta, como autoagresiones o desinhibición, completan el cuadro.

Trastornos psicosomáticos

El término “psicosomáticos” no es exacto, ya que engloba determinadas patologías como asma, colitis ulcerosa, úlcera gástrica, etc. Ello sucede porque el cuerpo del niño es el gran efector de los trastornos emocionales. Sobre todo, en niños muy pequeños y con escasa capacidad de simbolización. En todas las enfermedades, aun cuando se pueda aislar un agente etiológico, la magnitud de los síntomas y la evolución de la enfermedad están en relación con los procesamiento psíquicos del niño y las circunstancias emocionales que está atravesando.

Mencionaremos algunos síntomas somáticos que deben alertar al pediatra sobre la posibilidad de trastornos emocionales. Algunos ya fueron desarrollados en apartados anteriores (adaptado de Pedreira y cols.):

- Respiratorios: espasmo del sollozo, asma.
- Alimentarios: anorexia, bulimia, vómitos reiterados, dolor abdominal recurrente, úlcera, obesidad.
- Evacuación: constipación pertinaz, enuresis, encopresis.
- Neurológicos: cefaleas, mareos, algias faciales.
- Dermatológicos: alopecia areata, tricotilomanía, prurito, dermatitis atópica, psoriasis.

c. Trastornos de conducta y aprendizaje

Cuando el motivo de consulta es **hiperactividad, déficit de la atención e impulsividad**, el pediatra debe pensar en diversos cuadros clínicos psicopatológicos o médicos.

En relación con el trastorno de **déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD y ADHD)**, es importante señalar que la única forma de arribar a un diagnóstico y trata-

miento adecuado es con la intervención de un **equipo interdisciplinario**, que realice una exhaustiva evaluación clínica y situacional (diagnóstico psicopatológico, psicopedagógico y neuropsiquiátrico).

Como no existen marcadores biológicos específicos para este cuadro, se suele arribar al diagnóstico por medio de cuestionarios para padres y maestros, como el Conners. Estos tests permiten tabular la conducta del niño y ponerla en relación con los criterios detallados en el DSM IV. **Diagnosticar un síndrome a partir de escalas es muy riesgoso. La clínica es siempre compleja, y no se puede reducir a una lista de signos y síntomas, además la conducta es muy difícil de cuantificar por un observador cuya mirada es siempre subjetiva.** Todo ello puede llevar a sobrediagnósticos y, en consecuencia, medicaciones inadecuadas. Es indispensable la interconsulta psicopedagógica que incluya tests neurocognitivos para evaluar la función ejecutiva y la semiología de la atención.

Además del ADD o ADHD propiamente dichos, en muchas otras situaciones se pueden presentar hiperactividad e impulsividad:

- **Exigencias escolares inadecuadas** para ese niño pueden ser causa de síntomas conductuales.
- Niños expuestos a situaciones de **violencia crónica** o que viven en ambientes muy desorganizados, caóticos, pueden tener dificultades para mantener la atención, impulsividad e inquietud.
- Los niños **deprimidos** pueden presentarse irritables, desatentos y con bajo rendimiento escolar.
- Los niños con **desconexiones** no pueden fijar la atención, presentan inquietud motora (deambulan sin objetivo) y conducta impulsivas.
- El **Síndrome de Gilles de la Tourette** puede iniciarse con hiperactividad, antes de la aparición de los tics.
- Los niños con **retraso madurativo leve** suelen mostrarse hiperactivos por su dificultad para comprender las consignas y evolucionar a la par de sus compañeros.
- En los **trastornos de ansiedad** el niño puede parecer inquieto y desatento.

Párrafo aparte merecen los **cuadros maníacos**, con una florida sintomatología que incluye: exaltación del ánimo (euforia), irritabilidad, hiperactividad, impulsividad (con conductas desinhibidas), distractibilidad (porque pasan rápidamente de un estímulo a otro), verborragia (necesidad de hablar constantemente), aceleración del pensamiento con fuga de ideas, disminución de la necesidad de dormir (insomnio), pueden presentar conductas de riesgo (cruzar la calle sin mirar, asomarse peligrosamente al vacío). Cuando el pediatra se encuentre frente a un paciente con estas características, debe tener en cuenta algunas causas médicas que pueden producir cuadros similares.

Deberá **descartar**:

- Desordenes sistémicos: hipertiroidismo, enfermedad de Cushing.
- Ingestión de sustancias: anfetaminas, cocaína.
- Trastornos neurológicos: esclerosis múltiple con afectación del lóbulo frontal, epilepsia temporal, tumores.

Caso 13: Este es el caso de un niño 8 años, cuyo motivo de consulta fue: hiperactividad, agresividad (pegaba, rompía objetos, insultaba) y presentaba crueldad con los animales. Había sido expulsado de la escuela por agredir a un compañero. Desde los 5 años recibió diferentes tratamientos psicológicos, interconsulta neurológica y había sido medicado con metilfenidato, sin que mejorara la sintomatología.

Nuestra experiencia clínica demuestra que, cuando un niño tiene actos tan violentos y

agresivos, es altamente probable que esté siendo él mismo víctima de violencia. De sucesivas entrevistas surgió, en boca del niño, la confirmación de nuestras sospechas: “Mi papá le pega a mi mamá, la quiso ahorcar y tengo ganas de matarlo”.

Caso 14: Paciente de 9 años derivado a nuestro servicio por la escuela. Presentaba falta de concentración, hiperactividad, trastornos de conducta (había roto un vidrio), lo notaban como exaltado y no se quedaba quieto. Fue diagnosticado como ADDH y medicado con metilfenidato, sin obtenerse mejoría. Comenzó un psicodiagnóstico en el hospital. El día anterior se había trepado al balcón de su departamento y ése fue el motivo de la interconsulta. En la sala de espera, mientras su madre dormía en una silla, el niño se asomaba peligrosamente a la ventana. La terapeuta lo observó inquieto, no podía permanecer dentro del límite del consultorio. Durante la entrevista con ambos, la madre, que estaba visiblemente deprimida, relató que el niño se escapaba del departamento. Ella casi no dormía y no podía hacer nada para contenerlo.

El niño estaba verborrágico, eufórico, con gran inquietud motora. A primera vista, parecía la contracara maniaca de la melancolía materna. Al preguntarle acerca del episodio del balcón, el niño dijo: “Me trepo porque soy equilibrista”. Por todo lo relatado y otros datos, concluimos que el niño presentaba un cuadro maníaco de alto riesgo, por no contar con un soporte familiar. Decidimos internarlo, medicar la excitación con neurolépticos sedativos y realizar interconsultas pediátricas y neurológicas.

3. Algunas consideraciones sobre la inclusión de psicofármacos en el tratamiento de un niño

Nos referimos a problemáticas complejas en la que un solo recurso no es suficiente y el medicamento es uno más.

¿**Cómo indicarlo**? No desde la estadística sino profundizando cada caso en particular.

¿**Qué se medica**? Se medican signos y síntomas objetivables, por lo que la prescripción del psicofármaco se realiza desde el diagnóstico fenomenológico y desde la especificidad farmacológica del medicamento. Siempre **teniendo en cuenta que la infancia es un tiempo evolutivo y no se puede congelar al niño en un diagnóstico psiquiátrico**.

¿**Cuándo**? Cuando la sintomatología del niño es de tal intensidad (inquietud, agresividad) que no puede ser contenida por el tratamiento psicológico, ni por la familia o la escuela.

Un psicofármaco puede tener distintas indicaciones, por ejemplo, un neuroléptico puede ser utilizado como antipsicótico o como anti-impulsivo.

Enumeramos algunos **efectos adversos** de algunos psicofármacos utilizados actualmente.

- Tabla 2 -

Psicofármacos: Efectos adversos

OLANZAPINA	• Aumento de peso • Somnolencia • Cefalea • Síntomas extrapiramidales • Realizar controles hepáticos de transaminasas	
RISPERIDONA	Habituales • Insomnio • Agitación • Ansiedad • Cefaleas	Pocos comunes • Somnolencia • Fatiga • Mareos • Constipación, dolor abdominal • Visión borrosa • Rash • Rinitis, epistaxis • Enuresis • Síntomas extrapiramidales • Taquicardia hipotensión, prolongación del Q-T • Aumento de concentración plasmática de prolactina y/o transaminasas hepáticas
METILFENIDATO	• Nerviosismo • Insomnio • Disminución del apetito • Cefaleas, somnolencia, mareos • Sequedad de boca • Taquicardias, palpitaciones, arritmias, presión arterial	
ÁCIDO VALPROICO-CARBAMACEPINA	• Somnolencia • Alteraciones cognitivas • Monitorear con hepatograma y hemograma	

Otros trastornos:

- Trastornos específicos del aprendizaje (alteraciones en las habilidades académicas).
- Epilepsia (actividad epiléptica subclínica como ausencias frecuentes).
- Medicación antiepiléptica: puede producir efectos cognitivos que disminuyen la concentración.
- Trastornos del sueño.
- Hipertiroidismo.
- Anemia.

4. El niño en riesgo: Síndrome de maltrato infantil

El maltrato puede dividirse en:

- maltrato físico,
- maltrato emocional,
- negligencia y
- abuso sexual.

De alguna manera, ya nos referimos en los apartados anteriores a los **síntomas** que pueden presentar los niños expuestos a **violencia emocional**. Destacaremos algunos:

- Marcados signos de agresividad.
- Crueldad con los animales.
- Exposición a conductas de riesgo.
- Autoagresiones.
- Niños muy inhibidos, deprimidos o con marcado temor.

En relación con los padres, hay que preocuparse cuando se refieren al niño desvalorizándolo o culpabilizándolo, cuando lo denigran o son indiferentes a lo que le sucede. Otro signo de alerta es que los padres tomen como natural situaciones altamente alarmantes para el observador.

Cualquier fractura en un lactante debe ser investigada. El pediatra debe pensar en maltrato cuando examina un traumatismo infantil.

En relación al **maltrato físico** los **signos** a tener en cuenta por el médico son:

- Edad habitualmente menor de los tres años.
- Los signos traumáticos no concuerdan con el relato de los padres o cuidadores.
- Lesiones de distinto tiempo de evolución.
- Tipo de lesiones no concordantes (evidencia de dislocaciones o fracturas de extremidades, contusiones, quemaduras, mordeduras, laceraciones).
- Síndrome del niño sacudido: hemorragia intracraneana o intra-ocular (retiniana “en llama”).

a. Síndrome de Munchausen por poder

Es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad.

Casi siempre, las madres presentan patología psiquiátrica severa, y constituye un cuadro grave que puede llevar a la muerte del niño.

Pueden simular síntomas de enfermedad en su hijo, por ejemplo, añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, simulando síndromes febriles, administrando eméticos o laxantes para producir vómitos o diarrea. También pueden poner en práctica maniobras tales como infectar las vías intravenosas. Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no concuerdan con ninguna enfermedad clásica. Con

frecuencia, a los niños se los somete a exámenes, cirugías u otros procedimientos innecesarios. La madre no acepta la falta de un diagnóstico, induciendo al equipo médico a continuar con estudios o tratamientos.

En el medio hospitalario, la madre se muestra exageradamente colaboradora con el personal médico y de enfermería, lo que hace poco probable que se sospeche el diagnóstico real.

Por ello, es fundamental tener en cuenta los siguientes elementos:

- Los síntomas del niño no se ajustan a la presentación de ningún cuadro de enfermedad clásica o no concuerdan entre sí.
- Los mismos mejoran en el hospital, pero recurren al regresar al hogar.
- La sangre en las muestras de laboratorio no concuerda con el tipo de sangre del paciente.
- Evidencias inexplicables de drogas o sustancias químicas en el suero, en las heces o en la orina.
- Comportamiento excesivamente atento y "voluntarioso" de la madre o el padre, lo cual puede levantar sospechas a la luz de otros hallazgos.
- A menudo, la persona está involucrada en un campo de la salud o es miembro del equipo de salud.

b. Abuso sexual

El abuso sexual es una situación difícil de afrontar para el pediatra, tanto por el impacto emocional que produce como por las implicancias legales que conlleva.

Es, por definición, todo acto de naturaleza sexual impuesto por un adulto a un niño que, por su condición de tal, carece de desarrollo madurativo emocional y cognitivo para dar su consentimiento.

Los efectos del mismo son variados y dependen de la edad del niño, su personalidad y duración del abuso. En líneas generales, las manifestaciones pueden ocurrir de manera inmediata o diferida (incluso, hasta muchos años después).

Dentro de las **inmediatas**: en niños preescolares se pueden observar: irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño (pesadillas), conductas regresivas (enuresis), masturbación compulsiva.

El **abuso sexual crónico** es más grave y pueden presentar: depresión, hiperactividad, inhibición, conductas erotizadas (que evidencian conocimiento de la sexualidad adulta), fracaso escolar, etc.

Es de destacar que, en la mayor parte de los casos, no existen lesiones o huellas físicas del abuso.

Es importante que siempre se tenga en cuenta el relato del niño.

Caso 15: Niña de 5 años. Cuando consultan, hacía tres semanas que había comenzado con pesadillas, enuresis y cambios en la conducta. Estaba irritable y se negaba a concurrir a la casa del padre. En la entrevista, nos contó que el papá le había sacado la bombacha y que le ha-

bía hecho "pis en la panza". El lenguaje era acorde a su edad, lo que hace improbable un relato inducido por un adulto interesado. El relato de la niña, sumado a la sintomatología ya referida, nos hizo pensar en la probabilidad de abuso sexual.

Es importante siempre tener en cuenta el relato del niño

Como se trata de una problemática compleja, es indispensable el **abordaje interdisciplinario**. Deben participar Psicología, Pediatría y Servicio Social para definir un diagnóstico situacional y de riesgo, ya que la prioridad es la **protección del niño**.

Ejercicio de Integración y Cierre



A Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

Proposición	V	F
1. Cuando un paciente viene madurando adecuadamente y hay una detención en el desarrollo, o, aún más, pérdida de logros ya adquiridos, es conveniente investigar patología orgánica.	☐	☐
2. Todo niño depresivo, fóbico u obsesivo será un adulto depresivo, fóbico u obsesivo.	☐	☐
3. Cuando las desconexiones son secundarias a hipoestimulación o patología vincular hay más posibilidad de revertirla con detección y tratamiento precoz.	☐	☐
4. La ausencia de intención comunicativa es una característica fundamental en los niños con desconexiones autísticas.	☐	☐
5. Los niños con desconexiones de tipo autístico no pueden armar escenas de juego simbólico.	☐	☐
6. Es importante que el pediatra descarte enfermedades orgánicas que pueden asociarse a trastornos del desarrollo.	☐	☐
7. Cualquier perturbación o retraso en el lenguaje nos debe hacer pensar en trastornos severos del desarrollo.	☐	☐
8. Todas las depresiones del lactante son secundarias a privación afectiva.	☐	☐
9. Los signos de la depresión en los niños son similares a los del adulto.	☐	☐

B Responda las siguientes consignas

1. Enumere por lo menos 3 signos de alarma que alertan sobre patología emocional severa de tipo autista

.....

.....

.....

.....

2. Defina disfasia

.....

.....

.....

.....

.....

3. Describa los signos de depresión en el lactante

.....

.....

.....

.....

4. Enumere por lo menos dos características que diferencien los rituales patológicos de los normales:

.....

.....

.....

.....



Compare sus respuestas con las que figuran en la Clave de Respuestas.

Conclusiones

A modo de conclusión retomaremos las ideas más importantes para la práctica del pediatra.

La anamnesis y la observación clínica son herramientas insustituibles para la detección de trastornos emocionales en la infancia.

Es muy importante no realizar diagnóstico evaluando conductas aisladas, en necesario observar al niño y a su familia.

La detección precoz, con el correspondiente tratamiento oportuno, disminuye el impacto de muchos trastornos y puede revertir otros.

Frente a problemas del desarrollo, es necesario descartar patología orgánica.

En la mayoría de los casos el pediatra deberá trabajar con un equipo de salud interdisciplinario y contener a la familia ya que la misma será uno de los pilares del tratamiento.

Referencias

1. Spitz, RA. El primer año de vida del niño. México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

Lecturas Recomendadas

1. Baird G, Charman T, Cox A, et al. Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. *Archiv Dis Child* 2001, 84: 468-475.
2. Elliot Glen R, Smiga S. Depression in the child and adolescent. *Pediatr Clin North Amer* 2003; 50: 1093-1106.
3. Filipek PA, Accardo PJ et al. The screening and diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29 (6): 439- 480.
4. Filipek PA, Accardo PS, et al. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000; 55: 468-479.
5. Geller B., Tillman R. Four-Year Prospective Outcome and Natural History of Mania in Children with a Prepuberal an Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype. *American Medical Asociation*, 2004.

Bibliografía general

1. Almonte C, Correa A y Montts ME. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago de Chile, Ed. Mediterránea, 2003.
2. De Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Buenos Aires, Masson, 1984.
3. Fejerman N y Fernández Álvarez E. Fronteras entre Neuropediatría y Psiquiatría. Buenos Aires, Nueva Visión, 1987.
4. Tanguay EP. Pervasive developmental disorders. A 10 year review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(9): 1079-1095.
5. Varley Christopher K, Smith Cindy J. Anxiety disorders in the child and teen. *Pediatr Clin North Amer* 2003; 50, 1107-1138.
6. Weckerley Jill. Pediatric Bipolar Mood Disorder *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23: 42-56.
7. Sanz D, Molina A. Violencia y abuso en la familia. Ed. Lumen 1999; Parte I cap. 1 y 2: 31-103.
8. Comité de Maltrato del Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez". Guía de Diagnóstico y Tratamiento. Ed 1999. Número 2. Maltrato Infantil.

Clave de respuestas



Ejercicio de Integración y Cierre

A Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Falso.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Falso.
8. Verdadero.
9. Falso.

B Responda las siguientes consignas

1. Ausencia de sonrisa social. Falta de succión del pulgar. Evitación del contacto visual. Rehuir la mirada o mirar de costado. Contactos fugaces sin mostrar un real interés comunicativo. Dificultad en la rotación sobre su eje. Intolerancia a que lo vistan o desvistan. Hipersensibilidad a los ruidos. Permanencia en la acción de mover los dedos delante los ojos, con la mirada fija en ellos, durante largos períodos, o captación de la misma por objetos luminosos. Aparición de conductas motoras repetidas, como golpearse la cabeza o *rocking*. Apatía, irritabilidad o insomnio severo. Ausencia de la angustia del octavo mes frente a los extraños. Ausencia de expresión de júbilo frente a su imagen en el espejo alrededor del octavo mes. Poca actividad exploratoria sobre su cuerpo y el cuerpo de la madre (por ejemplo: es normal que el bebé hurgue en los orificios de la cara). Ausencia de movimientos anticipatorios
2. Las **disfasias** consisten en una incapacidad innata para la decodificación o codificación del lenguaje. Pueden comprometer un sólo aspecto, como la disfasia de expresión, donde la comprensión está conservada. En los casos más graves (disfasia mixta) el niño no comprende los mensajes verbales. Estos son los cuadros que se confunden con autismo o hipoacusia.
3. Los signos de **depresión en el lactante** son apatía, inexpresividad (mímica pobre), enlentecimiento motor, hipotonía, disminución de la intencionalidad comunicativa, trastornos del sueño (insomnio), trastornos de la alimentación (anorexia, que puede llegar a ser grave). El lactante parece haber perdido el interés por el alimento, incluso puede rechazarlo activamente y hasta vomitar lo poco que ingiere.
4. Los rituales son patológicos cuando: Demandan mucho tiempo de la vida del niño. Interfieren en su vida cotidiana (escolaridad-juego-vida familiar). Su interrupción provoca intensa angustia o enojo, y son percibidos como “raros” y perturbadores por su entorno familiar y social.

Anexo 1

Instrumento de detección precoz en niños en riesgo de desarrollar un Trastorno de la Comunicación

CHAT (Checklist for autism in toddlers . Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C, 1992)

El CHAT permite determinar posibles casos de autismo en la consulta habitual de los 18 meses por parte del médico o la enfermera. Se tarda alrededor de 20 minutos en completarlo.

El siguiente instrumento de detección precoz consta de dos partes:

A. Cuestionario a la madre

B. Observaciones del pediatra

Los items destacados con mayor grosor son los de mayor sensibilidad. Los niños que fallan en todos los items de alta sensibilidad están en alto riesgo de evolucionar hacia un trastorno del espectro autista. Los niños que fallan en los items A7 y B4 caen dentro del grupo de mediano riesgo y deben ser derivados.

Sección A: pregunte a los padres

	SÍ	NO
1. ¿Su niño disfruta al ser balanceado, mecido, rebotado sobre sus rodillas?		
2. ¿Su niño se interesa por otros niños?		
3. ¿A su niño le gusta trepar en cosas, por ejemplo escaleras?		
4. ¿A su niño le gusta jugar a las escondidas o al “estoy /no estoy?”		
5. ¿Su niño simula en ocasiones, por ejemplo, tomar o servirse té en tazas de juguete? (dar de comer a las muñecas o animales , etc.)		
6. Su niño usa a veces su dedo índice para señalar y pedir algo que quiere?		
7. ¿Su niño usa a veces su dedo índice para mostrarle algo que le llama a atención?		
8. ¿Su niño juega adecuadamente con juguetes pequeños (ejemplo: Autos, cubos) dándoles un uso funcional, sin limitarse a morderlos, tocarlos o tirarlos?		
9. ¿Su niño le trae a veces juguetes para mostrárselos?		

Sección B: Observación del pediatra o médico general

	SI	No
1. ¿Durante este control médico, el niño ha hecho contacto visual con Ud.?		
2. Atraiga la atención del niño y luego apunte al otro lado de la sala mostrándole un objeto de su interés y exclame “¿Mira, ahí está el (nombre del juguete)!”. Mire la cara del niño. ¿El niño sigue con la mirada al otro lado de la sala para mirar lo que usted le mostró? (para tabular “Sí” asegúrese que el niño haya mirado el objeto que Ud. le señaló y no su mano apuntando al objeto).		
3. Atraiga la atención del niño, pásele luego una taza y tetera de juguete y diga: “¿Me podrías dar una taza de té?” ¿El niño simula servir té o tomar té de la taza de juguete? (si logra que el niño haga cualquier otro juego simbólico, de pretender o simular una actividad real con juguetes marque “Sí”).		
4. Dígale al niño “¿Dónde está la luz?, o “Mostrame la luz” ¿El niño apunta con su dedo índice mostrando la luz? (Si el niño no entiende la palabra “luz” repita esta pregunta con otro objeto que esté lejos, por ejemplo, “Dónde está el oso”. Para tabular “Sí” el niño tiene que haberlo mirado a Ud. mientras apuntaba el objeto.		
5. ¿El niño es capaz de construir una torre de cubos o bloques? ¿Con cuántos cubos?		



Felicitaciones!!!
Siga adelante... siempre queda algo por aprender.