
Patología, normalidad o “niños a la carta”; reflexionando en Paidopsiquiatría

C. Bonet de Luna^a, J.L. Marín^b

^aPediatra. CS Segre. Madrid. España.

^bPsiquiatra. Psicoterapeuta. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica.

Resumen

En este artículo se plantean las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en la infancia. Se manejan habitualmente los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, que son categóricos y por ello insuficientes. Se expone la dificultad de definir las zonas de ambigüedad entre lo que se considera normal o patológico, ya que los comportamientos son continuos. Se hace una reflexión acerca de los fines de la Medicina, la función parental y los valores sociales. Finalmente, se plantean interrogantes acerca del mejor tratamiento para estos pacientes.

Palabras clave: Trastornos mentales. Diagnóstico psiquiátrico. Niño normal.

Disease, normality or “children on demand”; reflecting in Paidopsychiatry

Abstract

This paper describes some of the complexities associated to the current approach to diagnosing and treating mental disturbances in children. Most of the diagnoses are articulated in DSM categories that are insufficient. DSM's categories capture heterogeneous overlaps. Because symptoms and impairments are expressed along a continua, there are no bright lines between healthy children and impaired ones. The goals of medicine, parental and social values and improving the best treatment for these patients are also discussed.

Key words: Mental Disorders. Psychiatric diagnosis. Normality.

Un encuadre inicial

Los pediatras acompañamos a niños en desarrollo. Cada vez son más frecuentes las consultas psicoeducativas en nuestros pacientes. Además de lo físico,

atendemos (o deberíamos atender) a lo psíquico y a lo contextual. Sin embargo, nuestra formación ha sido bastante carente, habiéndose centrado más en la patología hospitalaria y lo que llamamos

Concha Bonet de Luna, conchabonet@hotmail.com

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

"orgánico". La patología mental es intangible y se define mediante "juicios".

Los pediatras no sabemos en ocasiones cómo tratar algunos aspectos evolutivos, psicológicos y/o emocionales. Ni si son o no normales según la circunstancia. A veces podemos recurrir a los especialistas pero no siempre, ya que tampoco tienen métodos más fiables o válidos y sus consultas están tan desbordadas como las nuestras. En otras, tampoco sabemos dirimir si lo que nos cuentan los padres forma parte de una interpretación sesgada, si el niño presenta conductas o ideaciones atípicas pero normales, si se trata en realidad de un problema que los padres "colocan" inconscientemente en el niño (paciente designado), si se trata de un problema educativo (límites) o ambiental, o si realmente estamos ante un trastorno mental (del niño o de los padres). No es fácil porque la relación clínica en Pediatría es triangular. Los niños pequeños no pueden contarnos su sintomatología y su conducta depende mucho del entorno. Por esto, además de toda la complejidad que vamos a ir analizando en este artículo, el pediatra tiene que "interpretar" frecuentemente la "interpretación" que de su hijo hacen los padres y/o profesores cuando el niño no puede expresarse, además de incluir nuestra

propia interpretación al hacer el diagnóstico.

Para entrar en faena sería interesante preguntarse qué es eso que llamamos "realidad". Si existe una realidad en "sí" (objetiva) o si solo puede existir para el ser humano una realidad en "mí" (subjetiva). Hoy en día pocos filósofos cuestionan que el hombre no puede percibir la realidad de forma objetiva. La opinión común mantiene, sin embargo, que los hechos del mundo exterior nos son dados directamente a través de la vista (tacto, oído, gusto y olfato). Presupone que lo que se ve está determinado por la naturaleza de lo que se mira y que todos los observadores tendrían la misma experiencia al mirar la misma escena. Pero no es así. Mientras que las imágenes de la retina forman parte de la causa de lo que vemos, otra parte importante está constituida por el estado interno de nuestras mentes, que dependerá de la edad, el género, la experiencia, la educación, la cultura, el estado emocional y las expectativas, y no solo de las propiedades físicas del ojo. Es decir, que los hechos se interpretan o, mejor dicho, "se construyen" en función de nuestras percepciones y nuestros estados mentales. La percepción pasa por ciertos filtros que hacen que cada realidad sea única en sus matices. Al valorar

la conducta de otro, no escapamos a este "constructo".

A partir de las dos sesiones de Emergencias en Psiquiatría Infantil que se organizaron en 2010 en el Hospital La Paz (Madrid), impartidas por la doctora Masqueraque, paidopsiquiatra del Hospital Gregorio Marañón (Madrid), se han revisado algunos de los temas "psi" más frecuentes. En tres artículos próximos se van a comentar, además de estos, el acoso escolar. Parece un tema interesante porque además de estar aumentando en frecuencia, estos trastornos producen dificultades, limitaciones, sobrecarga y sufrimiento a las familias y a los niños. Y nos traen de cabeza a los pediatras. En esta introducción reflexionaremos sobre algunos aspectos técnicos, éticos y científicos de la patología mental en la infancia.

La complejidad del tema "psi"

Hablar de temas psi es valorar aspectos cualitativos, poco cuantificables e interpretables. Esto significa que son más difíciles de objetivar que cuando hablamos de cifras de glucemia o tensión arterial. Hablar de "comportamiento" sin una definición clara de a qué nos estamos refiriendo puede conllevar malentendidos. Por ello, cuando hablemos de alteraciones en el comportamiento

de los niños nos vamos a referir a seis áreas básicas:

1. Habilidades sociales y de relación.
2. Competencias (cognitivas o emocionales).
3. Relaciones con uno mismo (autoestima, capacidad de afecto, autoconservación y autorregulación emocional).
4. Estados internos (pensamientos y emociones).
5. Capacidad de afrontamiento (resolución de problemas).
6. Síntomas de funcionamiento y desarrollo (alimentación, sueño, control de esfínteres, etc.).

Es evidente que los diagnósticos de trastornos psicológicos se han incrementado notablemente tanto en adultos como en niños. Esto puede deberse a una mayor sensibilidad hacia ellos, pero también puede influir que los criterios diagnósticos se estén haciendo cada vez más amplios, englobando un mayor número de supuestos pacientes. Las diversas ediciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) así lo atestiguan. No es nuestro interés debatir acerca de qué es la salud y la enfermedad ni hablar de la medicalización en profundidad, pero es evidente que son constructos cuya definición no es objetiva y viene dada por la forma de mirar que tiene una sociedad en un momento de su historia.

Emitir un diagnóstico psicológico o psiquiátrico conlleva etiquetar a niños con enfermedades o trastornos que pueden no ser bien vistos o comprendidos socialmente, pueden ser vergonzantes y en ocasiones producir miedo, limitación o rechazo. En ocasiones, "la etiqueta" puede pesar más que la ayuda que presta, ya que aunque los niños son seres en desarrollo y en permanente devenir, salirse de lo psi no es siempre fácil. Uno "tiene" una artritis reumatoide, pero puede "ser" esquizofrénico. Y aunque a veces uno "tiene" esquizofrenia, no es habitual encontrar que alguien "es" una artritis reumatoide. Y es que la definición del yo está más influida por la "mente" que por el cuerpo¹. Además, la división mente-cuerpo no es más que una forma de explicar una realidad compleja. No son diferentes. Vivimos en el "error de Descartes" como señala hábilmente Damasio². Por ello, plantearse algunas cuestiones de fondo, manejar pensamiento y realidades complejas para evaluar con tiempo y rigor a los niños y su contexto es un deber técnico y ético.

Por otro lado, negar que los niños tienen problemas psíquicos que producen mucho sufrimiento y malestar, además de no ser cierto ni deontológico, es negarles un derecho. Por ello, es frecuente

encontrar en la literatura debates sobre si este incremento en el diagnóstico es válido (en el sentido que son fiel reflejo de la realidad y realmente ayuda), si es insuficiente (estudios realizados en EE. UU. muestran que solo un 50% de los adolescentes deprimidos se diagnostican correctamente antes de llegar a la edad adulta) o si niños sanos están siendo erróneamente diagnosticados y tratados con fármacos que alteran su estado de ánimo y comportamiento. Y si la industria farmacéutica, que indudablemente aporta tratamientos que son de enorme ayuda, no está a la par influyendo en crear nuevas enfermedades³⁻⁵.

Sader⁶ analiza cómo la industria farmacéutica facilita la creación de muchos de estos diagnósticos y cómo existen conflictos de interés que no se han hecho explícitos en muchos de los autores de los diferentes DSM (incluido el V) que deberían salir a la luz. Muchos se preguntan si en esta sociedad de bienestar y control no estaremos intentando en ocasiones "manipular" la conducta de nuestros niños para adaptarlos a los "a priori" que padres, profesionales sanitarios y profesores tienen acerca de cómo "deberían ser". Si en realidad no estaremos reproduciendo "un mundo feliz" con "niños a la carta". Otros, sin embargo, creen que se está banali-

zando una sintomatología real que se corresponde con patología evidente y se preguntan por qué en temas mentales esto se debate y no con enfermedades como el cáncer, cuyos tratamientos tienen muchos más efectos secundarios⁷. El tema es complicado porque, además de todo esto, ciertas conductas en los niños están determinadas por su entorno o por las formas en que están siendo (o no) socializados.

La dificultad de diferenciar "normal" de "patológico"

Definir qué es normal y qué no lo es, en los extremos de un comportamiento, es fácil. Pero los comportamientos no son categorías. Son aspectos dinámicos de una variable compleja y hay zonas de superposición. Definir una ansiedad normal o cuándo un niño es anormalmente agresivo puede ser complicado. No está escrito en la naturaleza, sino que viene definido por otros humanos en determinados contextos sociohistóricos (por definición cambiantes) y con diferentes valores. Y es que los diagnósticos psi (psicológico o psiquiátrico), suelen ser juicios u opiniones influidos por valores culturales e individuales. Están influidos por las creencias de los padres (y de la sociedad) acerca de qué deben ser (y cómo deben comportarse y

sentir) los niños. También cómo definen sus obligaciones parentales y, por lo tanto, una educación adecuada. La definición de los fines de la Medicina también entra en juego, así como las definiciones de salud-enfermedad o lo que se considere adecuado en desarrollo. Culturas que estimulan la competitividad a cualquier precio verán con menos recelo la agresividad, que otras que potencian las relaciones y la solidaridad. Padres que creen que su rol consiste en que su hijo desarrolle su potencial y su peculiar forma de ser tenderán a ser más flexibles que padres que piensan que su rol es "modelar" a sus hijos según unos determinados valores que hay que inculcar. Por otro lado, habrá médicos que tengan un concepto más amplio de la salud y sus variantes y otros que hipertrofién su definición de "anormal", sintiéndose unos y otros en desacuerdo al definir determinados comportamientos como normales o patológicos. La honestidad de todos ellos es incuestionable, pero definen el mejor interés del niño de diferente manera.

Además en muchas ocasiones la patología mental viene favorecida por el contexto. Hoy en día, la teoría de "vulnerabilidad-estrés", es la más aceptada. Es decir: hay factores hereditarios (complejos) que predisponen en mayor o

menor medida a la patología mental, pero se expresarán o no en función del ambiente. Suponemos que la herencia de la enfermedad mental (como cualquier otra) se distribuye en forma de campana de Gauss. Si la penetrancia genética es muy alta para desarrollar un determinado rasgo, se expresará aun en ambientes adecuados. Si es el caso contrario, hablaríamos de "resiliencia": aquellos sujetos que, en ambientes muy adversos, se desarrollan de forma armónica⁸. Pero lo más frecuente (± 2 desviaciones estándar) es que la mayoría tenga ciertas posibilidades genéticas de salud-enfermedad y, según sea el ambiente de crianza y los estresores que se vivan (y cómo se vivan), se ubicarán en un determinado rango del continuo salud-patología.

Según Felitti⁹, las personas que habían experimentado cuatro o más experiencias adversas en la infancia, tenían entre cuatro y 12 veces más riesgo de padecer enfermedad con la edad (consumo de drogas, depresiones, cáncer, enfermedad cardíaca y hepática). La dificultad consiste en definir qué es una experiencia adversa. Además, el estrés en pequeñas dosis, limitado en el tiempo, que pueda ser superado por el niño y manejado en un ambiente adecuado, ayuda a fortalecerse, aprender y crecer. Por el contrario,

cuando es prolongado, severo y ocurre en épocas críticas del desarrollo, o cuando los estresores son mantenidos y múltiples en un ambiente inadecuado, pueden sobrepasar las capacidades de adaptación, confrontación o aprendizaje, y afectar negativamente el potencial infantil.

Un reciente estudio americano de comorbilidad nacional demuestra que familias que han padecido rupturas (divorcios, separaciones o muertes), cuyos progenitores tenían enfermedad mental, consumían habitualmente drogas, tenían antecedentes penales o criaban en ambientes de violencia intrafamiliar o negligencia, aumentaban el riesgo de enfermedad mental en sus hijos¹⁰.

Por todo esto ello, es importante analizar cómo se están definiendo las enfermedades o trastornos mentales. Si simplemente las definimos como categorías (la presencia o no de determinadas conductas previamente definidas) sin evaluar qué es lo que las provoca y sin considerar su dimensión (cuán intenso, frecuente o alterado es el comportamiento), estaremos simplificando y, por lo tanto, errando tanto en el diagnóstico como en el abordaje, con mayor probabilidad.

El DSM IV clasifica por categorías y permite consensuar de qué se está ha-

blando. Pero consenso no es lo mismo que validez. Robins y Guze publican que, para ser fiables, los diagnósticos psiquiátricos deberían estar claramente descritos, ser distinguibles de otros trastornos, tener predicción clínica, estar agregados en familias y poder ser objetivados mediante estudios complementarios. Describieron su método en pacientes esquizofrénicos¹¹. Pero aunque se intente, en patología mental estos criterios distan mucho de ser aplicables. Algunas críticas pueden ser:

1. Hay frecuente heterogenicidad entre las categorías diagnósticas: con frecuencia, pacientes con diferentes síntomas tienen el mismo diagnóstico. Por ejemplo, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los pacientes tienen que presentar al menos seis de nueve síntomas acordados, en el déficit de atención, y seis de nueve para hiperactividad-impulsividad. Distintos niños se llevan el mismo diagnóstico teniendo comportamientos o síntomas diferentes.

2. Las categorías se entremezclan y no son estancas. Esto es indefectible cuando se trata de comportamientos. Son sistemas complejos, continuos y pueden coexistir en diferentes patologías. Con los mismos síntomas se pueden hacer diagnósticos diferentes. Por

ejemplo el TDAH y el trastorno bipolar en la infancia, tres de los criterios nucleares (hablar en exceso, agitación psicomotriz y distracciones frecuentes) son comunes a ambos.

3. Los síntomas son variables según la edad. Hasta los años 70, se consideraba que los niños podían tener tristeza, pero no depresión. Diez años más tarde se publica, que quizá la depresión en niños es distinta a la depresión adulta y, hoy en día, la depresión en la infancia no sorprende a casi nadie. Asistimos a algo parecido con otros diagnósticos: en 1995 algunos especialistas comunican que el temperamento irritable y los accesos frecuentes de ira podrían ser síntoma de manía en niños. Otros en cambio prefieren hablar de trastornos en la regulación del afecto con disforia y otros simplemente de niños sin límites educativos.

4. Un diagnóstico riguroso requiere una cuidadosa identificación de síntomas y, además, evaluar la disfunción que producen. El DSM-IV deja claro que solo los síntomas no son suficientes para el diagnóstico. Pero es lo que habitualmente se hace. En algunos estudios se evidencia cómo los diagnósticos que incluyeron la variable de funcionalidad disminuían la prevalencia de enfermedad de un 20% a un 4-8%¹². Incluir es-

ta variable puede ayudarnos a dirimir los casos "grises" (tanto por funcionalidad como por el sufrimiento que producen).

5. El sistema diagnóstico no valora suficientemente el contexto del niño. Un duelo normal produce síntomas de depresión y no es una enfermedad. Si los estados de ánimo, comportamientos o emociones de un niño son respuestas normales a un entorno nocivo, sería un error tratar al niño y no hacer cambios en su ambiente. Sería etiquetar a la víctima. El acoso escolar es un ejemplo claro.

6. Los niños son seres en evolución y desarrollo; por lo tanto, sus síntomas pueden ser normales o no según la edad. Las rabietas, por ejemplo, son normales entre los dos y los cuatro años, no a los 16. Tener un amigo imaginario puede ser normal en un niño de cuatro años, pero no en uno de 14.

Finalmente, habría que distinguir entre errores y desacuerdos. Un error es algo a evitar que mejora con la información, el conocimiento y, a veces, con el tiempo. Se puede errar por exceso de sensibilidad (sobrediagnóstico), exceso de especificidad (infradiagnóstico) o por ausencia de validez (que el diagnóstico no coincida con lo que realmente es).

Un desacuerdo, sin embargo, depende de los valores en juego y se define

según estos. Es importante tenerlo en cuenta, ya que clarifica mucho el abordaje de los problemas de salud mental en la consulta y nos ayuda a ser rigurosos. Mientras que habría que subsanar un error, deberíamos aprender a vivir en el desacuerdo razonable, por ser sinónimo de flexibilidad, tolerancia y salud mental.

Si tenemos el diagnóstico correcto, ¿cuál sería el mejor tratamiento?

A la hora de pautar un tratamiento, son numerosas los factores económicos y sociales que influyen en la prescripción. En el tratamiento farmacológico del paciente mental pediátrico existen problemas éticos para realizar estudios en menores, que acaban produciendo otros problemas éticos por tener que tratarlos haciendo inferencia de lo que ocurre en adultos. Y no son lo mismo; los antidepresivos son un ejemplo¹³.

El niño es un sujeto en desarrollo y no se sabe qué efectos pueden producir, a largo plazo, fármacos que afectan al estado mental de un cerebro que se está conformando. Además, muchos medicamentos han tenido que retirarse o manejarse con más cautela porque existe el error de atribución en la sociedad y por lo tanto entre los médicos, que un fármaco que ha sido aprobado, es raro

que produzca efectos secundarios graves al utilizarlo en población. Tenemos suficiente evidencia de que no es así con la talidomida, el cloranfenicol o la pemolina.

La falta de tiempo y las consultas saturadas hacen que se diagnostiquen estos trastornos demasiado rápidamente (generalmente en menos de 20 minutos). Para ello, como ya se ha comentado, se usan categorías sin considerar intensidad, frecuencia y consecuencias. Tampoco sabemos mucho del entorno del chico, de la situación en casa, de los problemas que afronta la familia y carecemos de *feedback* suficiente por parte de los profesores. Son ellos (a veces junto con los padres) los que engordan las consultas enviando niños con dificultades en el aula (de todo tipo) para ser evaluados de un posible déficit de atención. Ya no existe el torpe, el vago o los trastornos de aprendizaje. Existen los etiquetados que se "curan" con "la pastilla". Por ello, presionados por la exigencia de todos y con nuestras consultas saturadas, prescribimos tratamientos farmacológicos que no llevan tiempo evaluados y que no se controlan con el suficiente rigor y las visitas necesarias.

Tras 14 meses de publicarse el estudio de tratamiento multimodal en el déficit de atención (MTA), donde se evidencia-

ba que el tratamiento farmacológico ganaba por goleada¹⁴, los autores reconocen que solo redujo los síntomas más graves, pero que las relaciones familiares y la mejora académica estaba influida por terapias conductuales o tratamientos combinados. Con el tiempo se evidencia que, a largo plazo, algunos niños con este diagnóstico mejoran más que otros pero que no es la medicación sola la responsable¹⁵. De hecho, la medicación no educa, no proporciona habilidades sociales, no nos hace menos egoístas y no arregla trastornos de aprendizaje. Lo que puede ocurrir es que, ante síntomas graves, la medicación permita "relajar" las tensiones existentes (en casa y en el colegio) con el paciente. Este cambio permite ajustes en la conducta y la actitud de los adultos responsables que a su vez cambian la conducta y percepción del niño. Aunque esto es muy difícilmente cuantificable, diferentes terapias (sobre todo la sistémica) se basan en esto y dan resultado.

El dinero que se invierte para producir nuevos medicamentos es mucho mayor que el que existe para investigación de psicoterapias, técnicas de relajación, educación y cambios sociales. Además, en nuestra sociedad se prima mucho más la eficiencia de la rapidez del medicamento que el compromiso de intentar

ayudar a un niño con dificultades, haciendo cambios en los modelos de parentalidad, trabajando en hábitos y valores, invirtiendo en apoyos escolares, formando a los profesores o creando condiciones en las aulas que permitan adaptar el currículo.

Los fármacos serán a veces el tratamiento de elección, pero en trastornos mentales o sociales no suelen ser sufi-

cientes. Otras, pueden no estar indicados o estar claramente contraindicados. Reflexionar sobre todo esto nos ayudará a hacer mejoras en niños con dificultades y a involucrar a toda la sociedad como corresponsable del mundo en que hacemos crecer y desarrollarse a nuestros niños. En los siguientes artículos esperamos clarificar situaciones concretas de todo esto.

Bibliografía

1. Hustvedt S. The shaking woman or a history of my nerves. Londres: Hodder and Stoughton; 2010.

2. Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Crítica; 2006.

3. Conrad P. The medicalization of society. Baltimore: John Hopkins University press; 2007. In: Parens E, Johnston J. Troubled Children: Diagnosing, treating and attending to context. Hastings Center Special Report. 2011;41:13.

4. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. 2003;5:47-53.

5. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:491-512.

6. Sader JZ. Pharmaceutical company Influence. In: Parens E, Johnston J. Troubled Children: Diagnosing, treating and attending to context. Hastings Center Special Report. 2011;41:22.

7. Resko S. Values talk exacerbates discrimination. In: Parens E, Johnston J. Troubled Children:

Diagnosing, treating and attending to context. Hastings Center Special Report. 2011;41:12.

8. Cyrulnik B. Los patitos feos, una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.

9. Felitti V. Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experience (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14: 354-5.

10. Greif J. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the Nacional Comorbidity Survey Replication. I: Association with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010;67: 113-23 [consultado el 30/04/2011]. Disponible en <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/67/2/113>

11. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in Psychiatric illness: It's applications to Schizophrenia. Am J Psychiatry. 1970;126:983-7 [consultado el 30/04/2011]. Disponible en [www.psych.umn.edu/courses/spring07/grovw/psy3617/lectures/Robins%20&%20Guze%20\(1970\).pdf](http://www.psych.umn.edu/courses/spring07/grovw/psy3617/lectures/Robins%20&%20Guze%20(1970).pdf)

12. Costello EJ. The great Smoky Mountain study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbances. Arch Gen Psychiatry. 1996;53:1137-43.

13. Schneeweis S. Comparative safety of antidepressant agents for children and adolescents regarding suicidal acts. *Pediatrics*. 2010;125:876-88.
14. The MTA cooperative group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder (Multimodal treatment study of children with ADHD). *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1073-86.
15. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *J Pediatr Psychol*. 2007;32:643-54.