



## *El pediatra y la salud mental del niño*

Los problemas y trastornos mentales en el niño son cada vez más frecuentes y se presentan a edades cada vez más tempranas. Esta observación suele explicarse por las nuevas tensiones y el aumento de los conflictos que desde el entorno del niño –familiar y social- favorecen su aparición (1,2). Se acepta que los códigos de conducta, las costumbres sociales, la pérdida de protagonismo de las figuras de autoridad tradicionales –padres y profesores- como referencia educativa, un ambiente crecientemente competitivo y la generalización de modelos de vida que incrementan la frustración sin compensación posible, son elementos que distorsionan la realidad en la que nuestros hijos crecen y se desarrollan, todo ello con consecuencias sobre su estado mental, sus conductas y comportamientos; y que afectan antes y en mayor medida a los niños más frágiles y vulnerables. La realidad es que los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia global estimada de condiciones psicopatológicas en la población infantil variable entre el 10 y el 20% (3-5), creciente además en los últimos años (3-7).

Frente a ese contexto, y dada nuestra proximidad al entorno vital del niño y a su familia, los pediatras de Atención Primaria estamos en una posición privilegiada para reconocer y valorar estas situaciones (8-10). Y debiéramos, además, tenerlo como una parte fundamental de nuestro trabajo diario. Para ello es importante que ya desde el nacimiento cultivemos una relación de confianza con el pequeño y su familia, mostremos una predisposición abierta a la escucha y preguntemos sistemáticamente y con sensibilidad –a veces mediante cuestionarios diseñados para este fin- por el progreso psicomotor y la sociabilidad del niño. En los controles de salud regulares tendríamos que explorar su constitución psico-emocional y en caso de disponer de algún dato semiológico orientativo o preciso establecer precozmente un planteamiento diagnóstico diferencial; en caso de duda o necesidad ampliando el tiempo de consulta, repitiendo la valoración o revisando la situación en cada visita. Puede decirse que los trastornos mentales del niño son hoy para nosotros un reto asistencial de primer orden y su sospecha o confirmación son responsabilidad del pediatra general, tanto a través de una búsqueda activa como aplicando nuestro saber ante cualquier demanda de los padres. Esta detección precoz, sin embargo, es mucho más difícil en la infancia que en otras edades. Entre otros motivos, por la limitada capacidad verbal del niño, la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y cuidadores, y porque casi todos los síntomas psiquiátricos pueden ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño. Pero también por la escasa presencia en nuestro programa de formación de contenidos orientados a atender la integridad del niño desde la vertiente de su evolución psico-social. En ese sentido, el pediatra eficiente debe estar familiarizado con las clasificaciones internacionales de trastornos mentales adaptadas a niños y adolescentes, como la CIE-10 de la OMS y la recogida en el DSM-IV en su versión revisada para la Atención Primaria pediátrica por la Asociación Americana de Pediatría. Y lo mismo puede decirse de las principales pruebas de cribado estandarizadas y validadas por las instituciones más prestigiosas.

Lo pediatras podemos encontrar problemas mentales de diferente severidad, duración y grado de afectación; y que podrán presentarse en niños de cualquier edad (8-11). Así, desde las simples variaciones de la normalidad a los trastornos que cumplen criterios específicos para ser considerados como enfermedad mental, pasando por manifestaciones que alteran la vida del niño pero sin entidad suficiente para ser asignados a una categoría clínica específica. Desde una consideración práctica, los primeros años de vida del niño (previos a la llegada a la escuela) la sospecha debe establecerse cuando el bebé no interacciona, no mira y se manifieste injustificadamente y de forma habitual con mal humor; cuando observemos rasgos de indiferencia y desconexión con el ambiente, cambios de ánimo no motivados, actitudes interactivas deficitarias o nulas, relaciones sociales pobres o difíciles. Esta etapa es clave en el reconocimiento de las alteraciones en los procesos madurativos y evolutivos, como los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la vinculación y la comunicación, deficiencias sensoriales, del habla y del lenguaje, disfunciones en el sueño, la alimentación y el control de esfínteres. Es evidente que todos estos problemas pueden beneficiarse de un programa de atención temprana específica que evite la evolución hacia la cronicación, favorezca la recuperación psicomotriz o ayude a la integración del niño en su entorno. Más adelante (desde los 6 hasta los 12 años de edad aproximadamente) cobrarán mayor protagonismo los trastornos del aprendizaje, del comportamiento o de la conducta. Debemos

señalar la importancia en este grupo de edad de los síntomas inespecíficos relacionados con la angustia, el humor y los afectos, condicionantes importantes de la socialización y el aprendizaje. En ocasiones se ponen ya de manifiesto graves alteraciones de la relación del niño con la realidad, con su propio cuerpo y con los demás. En la adolescencia, por último, hay que tener en cuenta que algunas características de la sociedad actual propician en los jóvenes carencias en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos, de racionalizar las emociones y de adaptarse a las situaciones de estrés. Tienden a manifestar dificultades en la aceptación de las normas en el ámbito familiar y educativo, junto a un cierto debilitamiento del vínculo y dependencia familiar; expresan de forma decidida la búsqueda de una nueva identidad individual y social, lo que les puede llevar a prácticas de riesgo para sí mismos y para los demás. En esta etapa los rápidos cambios corporales y en la esfera psicológica y relacional favorecen el debut de diversas patologías: los primeros brotes psicóticos, depresiones, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos bipolares.

En todos los casos, el reconocimiento precoz de cualquier condicionante físico, familiar y social mejorará el pronóstico y los resultados de nuestra intervención curativa, lo que puede ser decisivo para el futuro del niño con trastornos o enfermedades crónicas, graves o que afecten a su rendimiento social y escolar. Por ello, en los próximos años tendremos que investigar, definir y caracterizar los factores de riesgo generales y particulares que hacen más probable cada enfermedad, permitiendo adelantar su desarrollo y prevenir sus consecuencias (11,12). Lo mismo puede afirmarse respecto a los factores protectores (13-14), que son los que ayudan a compensar los elementos negativos predisponentes y facilitan una mejor resolución de crisis y conflictos. Y habrá, por último, que diseñar y perfeccionar métodos de apoyo diagnóstico más sensibles y específicos de aplicación en la práctica clínica. Sumando todo ello, paulatinamente nos iremos acercando al objetivo de la explicación etiológica y podremos proclamar que ofrecemos al niño con problemas mentales las mejores condiciones para superar sus dificultades y expresar todas sus capacidades.

Venancio Martínez Suárez.

Pediatra. Centro de Salud El Llano (Gijón)

Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

## Bibliografía

1. Halpern R, Figueiras ACM. Child mental health, risk factors, environment, child development, early intervention. *J Pediatr* 2004; 80(2 Suppl):S104-S110.
2. Chapman DP, Dube SR, Anda RF. Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatr Ann* 2007; 37:359-64.
3. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilberg N, Bird H, Broberg A, Dobrea A, Dopfner M. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75:351-8.
4. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49:226-36.
5. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125:75-81.
6. The Children of Parents with a Mental Illness [COPMI] initiative is funded by the Australian Government 2014. Further resources and information about the initiative can be found at [www.copmi.net.au](http://www.copmi.net.au)
7. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med*. 2010; 40(6):899-909.
8. Eapen V, Jairam R. Integration of child mental health services to primary care: challenges and opportunities. *Men Health Fam Med* 2009; 6:43-8.
9. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378:1515-25.
10. Patel, V., Kieling, C., Maulik, P.K., Divan, G., 2013. Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective? *Arch. Dis. Child*. 98 (5) 323-327.
11. National Institute for Health and Care Excellence (2013) Conduct disorders in children and young people, London: NICE. Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG158>
12. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U and the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1):133-47. DOI 10.1007/s00787-008-1015-y.
13. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities.: World Health Organisation; 2009.
14. Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health (Oxf)* 2012; 34 (Suppl 1):i31-40.