



Signos precoces de patología psiquiátrica en pediatría : TGD, TOC, TCA

Dra. Lola Moreno

cibersam
Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



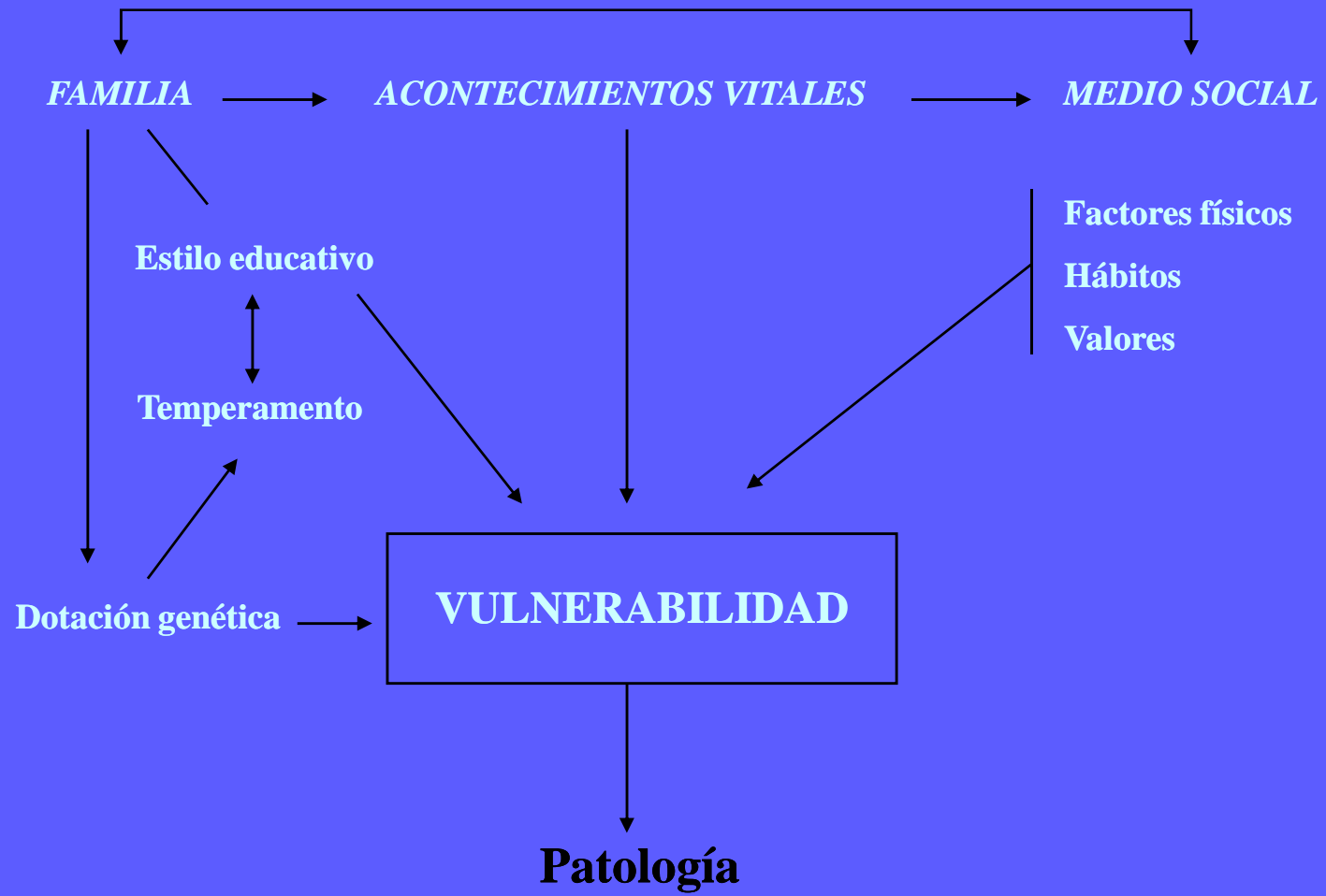
SaludMadrid Hospital General
Universitario
Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

SEÑAL DE ALARMA

- Signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que a una determinada edad hace pensar una posibilidad de una alteración psicopatológica

- Cambio
- Intensidad
- Duración
- Funcional/ Disfuncional

- * a) No es un adulto en pequeño**
- * b) Consideración del momento psicoevolutivo**
- * c) Hay trastornos específicos según edad**
- * d) Hay que tener en cuenta el control estimular o situacional**
- * e) Importante tener informadores múltiples**
- * f) Los niños son conducidos a consulta**
- * g) La tolerancia de los adultos es un factor determinante**
- * h) Hay que valorar e grado de implicación de los padres en los síntomas**



"El niño/adolescente excepcionalmente viene solo"

¿Quién lo trae?



- * Padres y tutores***
- * Servicios de protección del menor***
- * Terapeutas y/o médicos***
- * Servicios educativos, judiciales, etc.***

■ MARCO TERAPÉUTICO

- *Presentarse e identificarse*
- *Ponerse a la altura del niño (a nivel posicional)*
- *El sitio debe ser tranquilo, con luz no excesivamente fuerte*
- *En niños de seis años, centrarse en el lenguaje verbal.*
- *En pacientes < seis años (o retraso global o del lenguaje) centrarse en el lenguaje no verbal y la interacción.*
- *Hay que observar la interacción con la figuras que acompañan (padre, madre, cuidadores, etc.)*



■ FUENTES DE INFORMACIÓN

A) ENTREVISTA A PADRES: PADRE Y MADRE

- Registrar: * sucesos y comportamiento
* sentimientos
- Señalar el problema con ejemplos
- Frecuencia
- Gravedad
- Precipitantes
- Agravantes y mejoras
- Si es un problema crónico ¿por qué ahora?

B) INFORMACIÓN DEL COLEGIO Y OTRAS FUENTES

- Profesores: preguntar por:
 - * Asistencia
 - * Capacidades académicas y no académicas
 - * Comportamiento: Clase-recreo
 - * Relaciones sociales con profesores y compañeros
 - * Otras observaciones
- Médico familia y pediatra
- Informe psicopedagógico
- Otros profesionales: TS de base, etc.

C) SÍNTESIS: Si hay desacuerdo piense en la fiabilidad de las fuentes. Ante dudas no resueltas, observar

■ NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ALTO RIESGO

- * *Enfermedad puerperal de la madre*
- * *Nacimiento de hermanos en rápida sucesión*
- * *Nacimiento de gemelos*
- * *La muerte de un padre*
- * *La enfermedad crónica de un progenitor*
- * *La rivalidad parental y la separación*
- * *Un solo progenitor*
- * *Cambios frecuentes de domicilio*
- * *Conductas de intimidación en el colegio*
- * *Hospitalizaciones frecuentes*
- * *Grandes fallas ambientales*

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

SEÑALES de ALARMA

- A los 3 meses no sonríe.
- A los 6 meses no usa las manos o no coge objetos.
- A los 9 meses no sostenerse sentado, no parlotea y no se interesa por las cosas.
- A los 12 meses no se comunica con adultos, no juega, no se sostiene de pie.
- A los 18 meses no camina y desconoce nombres de familiares o de objetos.

■ CLÍNICA

* ALTERACIÓN EN LA COMUNICACIÓN

* ALTERACIÓN EN LA INTERACCIÓN SOCIAL

* ALTERACIONES MOTRICES

- CUADROS ESPECÍFICOS (ASPERGER, RETT,HELLER)

■ DD

* PSIQUIÁTRICOS

- *TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO*
- *SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN*
- *OTRAS PSICOSIS DE INICIO EN LA INFANCIA*

* ORGÁNICOS

- *TRASTORNOS SENSORIALES*
- *RETRASOS MENTALES*

■ ETIOPATOGENIA

- * CAUSAS PSICOLÓGICAS

- * CAUSAS ORGÁNICAS

- *FACTORES GENÉTICOS*

- . Fenilcetonuria, X fragil, etc

- *RIESGO PERINATAL*

- . Infecciones perinatales, partos distócicos, etc.

- *NEUROANATOMÍA*

- . Alteración talámica y disminución de las células de Purkinje)

- *NEUROTRANSMISIÓN*

- . Estado hiperserotorinérgico, aumento de la dopamina, alteración inmune, hipreactividad de los opiáceos endógenos

- *OTROS*

■ DIAGNOSTICO

* CLÍNICA

* PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- *PSICOLÓGICAS*

.CI, Escalas de desarrollo, ABC, CARS

- *ORGÁNICAS*

. Audiometría, potenciales evocados, cariotipo, aminoácidos en sangre y orina, EEG, TAC, RNM, PET, SPECT)

■ TRATAMIENTO

Debe ser multidisciplinar y altamente estructurado

* PSICOFARMACOLÓGICO:

- Litio
- Neurolépticos
- B-bloqueantes
- Naltersona

PSICOLOGICO

- Intervención individual
- Intervención familiar

* EDUCACIONAL

* SOCIAL

* OTROS

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

(TOC)

■ CLÍNICA

SINTOMAS OBSESIONES

- Contaminación
- Causar/sufrir daños a sí mismo o a personas queridas
- Preocupaciones somáticas
- Acumular
- Preocupaciones religiosas
- Preocupaciones sexuales
- Otras

SINTOMAS COMPULSIONES

- Lavado/limpieza
- Repetir
- Comprobar
- Ordenar
- Contar
- Acumular
- Otras

■ ETIOPATOGENIA

Neuroanatomía y neurología

- Síntomas obsesivoides postencefálicos
- Antecedentes neurológicos
- Frecuencia de partos distócicos
- Trastornos obsesivos postraumáticos
- Trastornos obsesivos postepilépticos
- Esterotipias por estimulación del cíngulo
- Aumento de tamaño ventricular
- Disfunciones frontales y del núcleo caudado

Neurofisiología

- Hiperactividad vegetativa
- Anomalías EEG
- Disfunciones temporales
- Disfunciones frontales en el hemisferio dominante
- Alteraciones de los PE visuales
- Alteraciones de los PE somatosensoriales
- Disminución de la amplitud de la variación contingente negativa
- Alteraciones del patrón del sueño. Acortamiento de la LREM

■ ETIOPATOGENIA

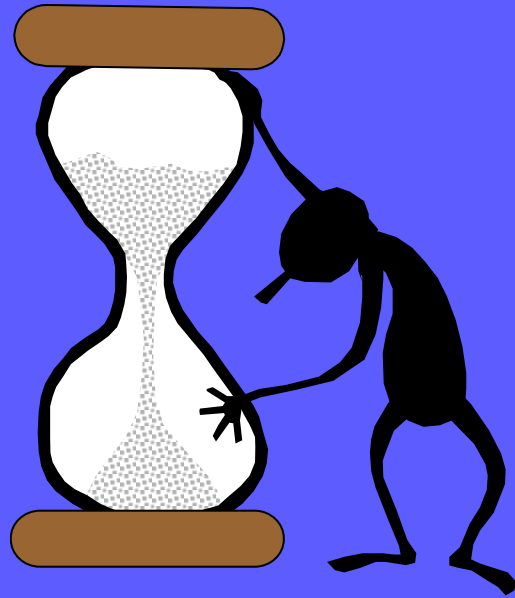
BIPQUÍMICA

- Disminución del triptófago plasmático
- Elevado 5-HIAA en LCR
- Respuesta positiva a la clomiptamina y elevado 5-HIAA basal en el LCR
- Relación curvilínea entre clomipramina plasmática y disminución de 5-HIAA
- Disminución del *binding* de imipramina plaquetaria
- Disminución del *binding* de 5-HT plaquetaria
- Aumento de la sintomatología por MCPP
- Anomalías del PET en el *gyrus* orbital y núcleo caudado

NEUROENDOCINOLOGÍA

- Escasa respuesta de GH a la clonidina
- TSD anormales (no supresores)

- **DIAGNOSTICO**



■ DD

FOBIAS

- Mayor ansiedad
- Componente ansioso
- Accesibles
- Influenciabilidad
- Conmutabilidad
- Temores concretos
- Conductas acordes con el temor
- Inicio con crisis de angustia
- Circunscritas
- Eficacia de conducta de evitación
- Buen pronóstico

FOBIAS OBSESIVAS

- Más complejidad
- Componente racional
- Defensas sistematizadas
- Influencia escasa
- Perseveración
- Temores mágicos
- Rituales independientes del temor
- Ausencia de crisis de angustia
- Invasivas
- Ineficacia de conducta de evitación
- Pronóstico sombrío

■ DD

Trastorno obsesivos

Comunes

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Clínica

- Dudas. Rituales
- Lenguaje circular
- Hiperclasificación
- Agresividad extrapunitiva

- Culpa. Ansiedad
- Indecisión
- Baja autoimagen
- Personalidad

- Variaciones diurnas y estacionales
- Episodios maníacos
- Inhibición. Suicidio
- Delirios melancólicos

Curso

- Crónico
- Inicio infantil(50%)

- Episodio
- Inicio adulto

Biología

- Disfunción del hemisferio dominante

- Hiperactividad del SNV
- Disminución de LREM
- Respuesta a clonidina
- TSD anormales
- Disminución B_{max}

- Disfunción del hemisferio no dominante
- Anomalías de VCN

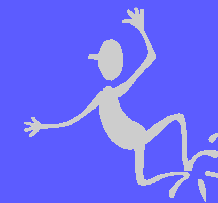
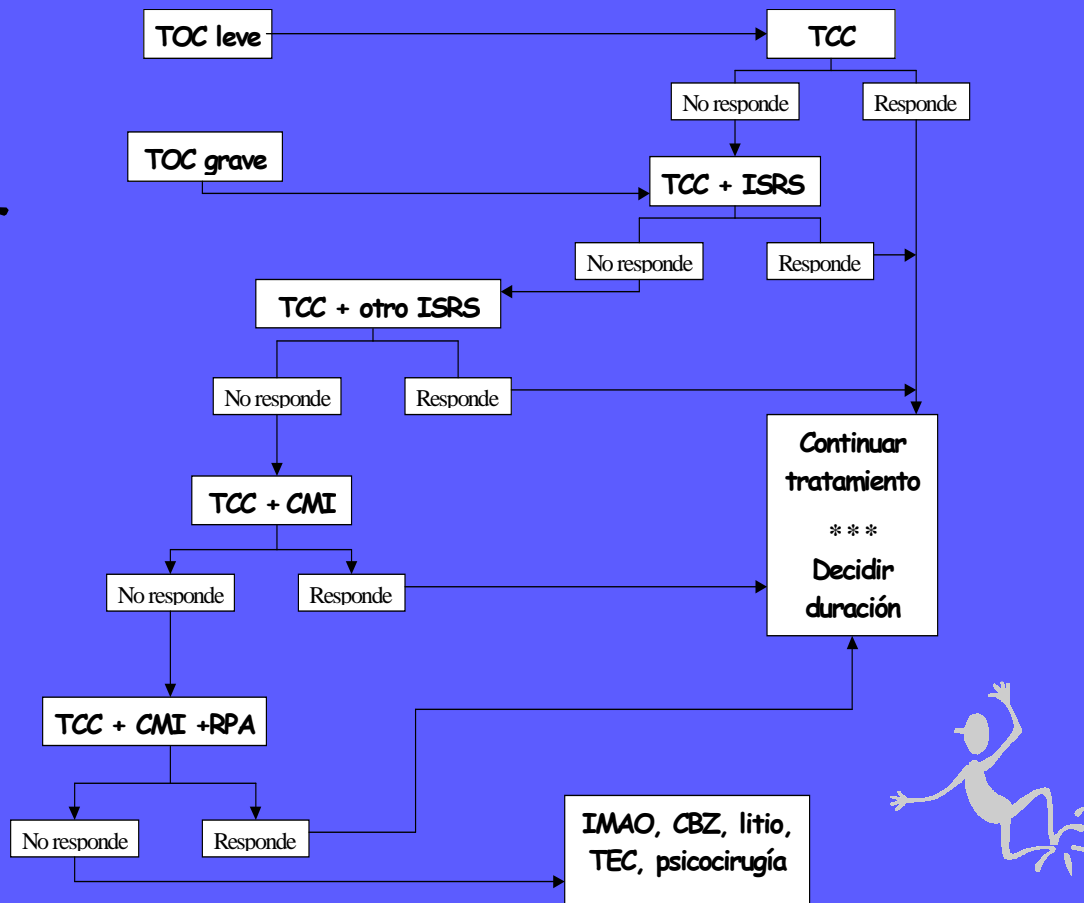
Tratamiento

- Terapia de conducta
- Psicocirugía

- Antidepresivos (clomipramina e ISRS)

- TEC

■ TRATAMIENTO





TCA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cualitativos

- De la maduración
 - Dificultades alimentarias
 - Rumiación
- Ingesta de sustancias no alimentarias
 - Pica



Cuantitativos

- Por defecto
 - **Anorexia Nerviosa (AN)**
- Por exceso
 - **Obesidad**
 - **Bulimia Nerviosa (BN)**



ANOREXIA NERVIOSA

Se caracteriza por ser un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tienen miedo intenso a ganar peso, y una significativa mala interpretación de su cuerpo y su forma.

ANOREXIA NERVIOSA

Características

- Mujeres adolescentes
- Rechazo persistente de los alimentos
- Intensa pérdida de peso
- Alteraciones psíquicas
 - Imagen corporal
 - Hiperactividad
 - Depresión
- Alteraciones somáticas
 - Amenorrea

ANOREXIA NERVIOSA

Subtipos clínicos

Tipo restrictivo

- La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso
- No hay atracones ni purgas



Tipo compulsivo/purgativo

- El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos)
- Utilizan diurético, laxantes o enemas
- Provocación del vómito

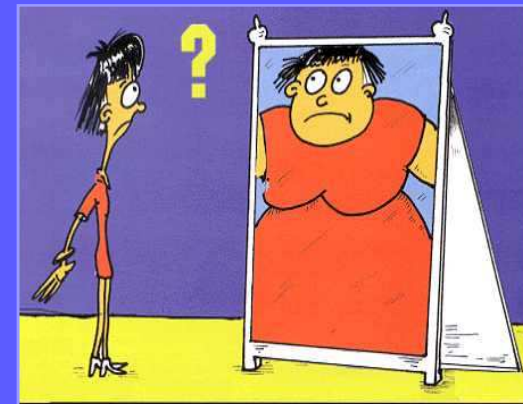


EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia: 0,1-0,7% de la población
- Casos nuevos por año
30-40 por 100.000 mujeres (15-24 años)
- Edad de comienzo:
Bimodal: 13-14 años; 17-18 años
- Relación hombre/mujer: 1/10
- Predominio clase media y clase alta
- Mortalidad: 2-10% (emaciación y suicidio)

ALTERACIONES PSÍQUICAS

- Alteración en la percepción de la imagen corporal
- Búsqueda ciega del sentido de identidad
- Temor a perder el control (no sólo en la comida)
- Interpretación rígida de las relaciones humanas
- Capacidad deficiente para el pensamiento abstracto
- Negación de la enfermedad



MEDIDAS PARA MANTENER LA DELGADEZ

- Restricción alimentaria rigurosa
- Selección de dietas
- Manera peculiar de comer
- Ayunos (alternados con atracones)
- Inducción al vómito
- Uso de laxantes y diuréticos
- Hiperactividad



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Delgadez normal**
- **Trastornos físicos que producen pérdida de peso**
 - Hipertiroidismo
 - Otros trastornos endocrinos
 - Tr. gastrointestinales que generan vómitos, pérdida de apetito y/o malabsorción
 - Carcinoma
 - Infección crónica
- **Trastornos psiquiátricos**
 - Depresión
 - Conducta alimentaria peculiar secundaria a delirios en esquizofrenia o depresión psicótica
 - Rechazo de la comida debido a fobia a atragantarse
 - Vómitos secundarios a trastornos conversivos
- **Hipotiroidismo que produce hipotermia y amenorrea**

ETIOPATOGENIA

FACTORES PREDISONENTES



FACTORES DESENCADENANTES

Individuales
Exceso de peso
Autoestima baja
Perfeccionismo
Obsesividad

Pubertad
Dieta restrictiva
Ejercicio físico excesivo
Desagrado con el cuerpo
Insatisfacción personal

Familiares
Trastornos Psiquiátricos

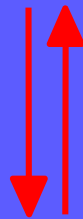
A.N.

FACTORES
MANTENIMIENTO

Sociales
Ideales de delgadez
Danza
Ciertos deportes

Trastornos emocionales,
ansiosos
y obsesivos

DESNUTRICIÓN
Aislamiento social
Imagen corporal negativa
Presión social



PRONÓSTICO

- 70% evoluciona favorablemente.
- 20-28% son enfermas crónicas
- Mortalidad: 2-10%

Peor pronóstico

Varón; clase social baja; inicio tardío; presencia de vómitos; abuso de laxantes; episodios de bulimia; alteración de la imagen corporal

Mejor pronóstico

Buena adaptación escolar y ocupacional; madurez psíquica; buena relación familiar; presencia de factores precipitantes



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Multifactorial

- Diversas perspectivas (somática, psíquica, familiar)
- Diversas disciplinas médicas
- Diversos procedimientos (psicofarmacología, psicoterapia, terapia conductista)

No existe ningún tratamiento específico

Cuatro etapas o fases fundamentales

Anorexia Nerviosa

CUATRO ETAPAS O FASES FUNDAMENTALES

FASE I

- Recuperación del equilibrio orgánico
- Tratamiento manifestaciones psicopatológicas

FASE II

- Tratamiento problemas psicológicos de la enferma y del grupo familiar

FASE III

- Reajuste de la paciente en su grupo familiar y en su entorno social

FASE IV

- Prevención y seguimiento de la recuperación alcanzada



BULIMIA NERVIOSA

ASPECTOS GENERALES

- Peso y estado nutricional en los límites de la normalidad
- Inicio tras régimen dietético
- Adolescencia o primera etapa fase adulta
- Predominio sexo femenino
- Prevalencia: 1 al 3%
- Evoluciona hacia la cronicidad

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Pérdida del control de la conducta alimentaria con episodios recurrentes de voracidad (atracones)*
2. Mecanismos compensatorios inapropiados para impedir el aumento de peso*
3. Preocupación persistente por el peso y la figura

* Los atracones y las conductas compensatorias tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Definición de atracón

- Episodio de voracidad
- Consumo de grandes cantidades de alimento en periodos cortos de tiempo (inferior a dos horas)
- Generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (helados o pasteles)
- Sentimiento de falta de control sobre la comida durante el episodio

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Mecanismos compensatorios

- Vómito autoinducido
- Abuso de laxantes y diuréticos
- Ejercicio intenso
- Dieta hipocalórica o periodos de ayuno
- Consumo de otros fármacos (hormonas tiroideas)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Preocupación por el peso y la figura

- Miedo morboso a engordar
- Sentimiento permanente de insatisfacción corporal
- Tendencia a autoevaluarse exclusivamente a través del peso y de la figura

Bulimia Nerviosa

SUBTIPOS CLÍNICOS

TIPO PURGATIVO

En enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas

TIPO NO PURGATIVO

El enfermo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas: ayunar, practicar ejercicio intenso

ETIOPATOGENIA

No existe una causa específica

1. Factores predisponentes

- Socio-culturales
- Familiares
- Individuales

2. Factores desencadenantes

3. Factores perpetuantes

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Primera etapa

- Interrupción del ciclo de atracones
- Establecer patrón de ingesta regular:
 - Normas de alimentación
 - Confección del autorregistro diario
 - Sesiones terapéuticas

Segunda etapa

- Reestructuración cognitiva
- Actitudes restrictivas

Tercera etapa

- Prevención recaídas



Bulimia Nerviosa

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Eficacia de la medicación antidepresiva
 - Reducen atracones y vómitos
 - Previenen recaídas
 - Reducen síntomas asociados (depresión, obsesión, ansiedad)
- Mayor eficacia de ISRS (fluoxetina) 60-80 mg./día
- Combinación con TCC
- Topiramato (400 mg./día)

Obesidad Mórvida



OBESIDAD
MORBIDA

- Restringir la dieta: Registro de la dieta, cambio hábitos alimenticios, disminuir porcentaje de grasas y gúcidos.
- Farmacoterapia
 - Reducción de la ingesta
 - Absorción de nutrientes
 - En estudio: leptina y ariletanolaminas (activador receptor alfa 3)

- Cirugía: si IMC >35
- Psicoterapia:
 - Individual
 - Grupal
 - Registros
 - Hábitos (no realizar dos cosas a la vez)
 - Premiar el autocontrol

INFORMACIÓN ESENCIAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- Las purgas y dietas severas pueden producir graves daños físicos, incluso muerte.
- Los hábitos alimentarios adecuados le darán al paciente un mayor sentido de control sobre su peso.
- Las purgas y dietas estrictas no son útiles para el control del peso a largo plazo.
- Establecer una colaboración e investigar la relación entre el cambio en hábitos alimentarios y ganancia de peso.
- Revisar las consecuencias de comer demasiado.
- Planificar una ingesta adecuada de nutrientes y establecer pautas de alimentación normales. Ayudarle a desarrollar ideas más racionales.
- Enfrentarse a creencias extremistas sobre el peso, la comida, etc. Combatir puntos de vista poco flexibles.
- Averiguar en qué situaciones ocurre una ingesta exagerada (bulimia) y desarrollar planes para contrarrestar los desencadenantes.
- Necesaria hospitalización si existen complicaciones médicas.

ANOREXIA NERVIOSA

1. La anorexia nerviosa ha aumentado en las últimas décadas.
2. Se presenta en un 0,5 a un 1% de las adolescentes. La tasa de mortalidad está entre el 2 y el 10%.
3. Cerca del 80% inicia la enfermedad entre los 13 y 20 años.
4. El paciente no padece enfermedad médica que explique la pérdida de peso: Depresión, Somatización, Esquizofrenia, Bulimia Nerviosa.
5. Afectación de todo el organismo
6. Abordaje global: Hospitalización, Psicoterapia individual y grupal y Farmacoterapia.

BULIMIA NERVIOSA Y OBESIDAD

1. La prevalencia de la bulimia es mayor que la anorexia nerviosa, del 1 al 3% de las mujeres jóvenes.
2. Síntomas ocasionales de bulimia nerviosa hasta en el 40% de las mujeres universitarias.
3. Aparece en personas con tasas elevadas de trastornos del ánimo y del control de los impulsos.
4. Tratamiento: Psicoterapia y Farmacoterapia (ISRS).
5. Más de la mitad de los adolescentes son obesos.
6. Tratamiento: dieta, ejercicio, farmacoterapia, cirugía.

-¿QUÉ PODRÍA
HACER YO
PARA
EITAR
COMO
TÚ?



-EL
TONTA

