

Anexo 1

Caso clínico

TEMA 1

Psiquiatría del niño y del adolescente. ¿Cómo realizar el diagnóstico?

P.J. Rodríguez Hernández, L. Lermo Vidal

Presentación del caso

Laura es pediatra en un centro de salud. Uno de los niños a los que atiende se llama Raúl y tiene 11 años. Laura conoce a su familia (también fue la pediatra de su madre) y al niño desde que nació.

En la historia familiar de Raúl destacan los siguientes datos: hijo único, nacido a las 35 semanas de gestación (recién nacido pretérmino con peso adecuado para la edad gestacional); padres separados 9 años antes (separación amistosa, con buena relación actual), con régimen de custodia compartida; la madre da la impresión de «persona muy nerviosa» desde que era una niña, según recuerda la pediatra; este rasgo está presente también en otros miembros de la familia, aunque en la historia clínica de Raúl no consta que hayan utilizado algún dispositivo de salud mental o hayan recibido tratamiento psicofarmacológico.

Raúl acude al centro de salud acompañado por su madre, que está preocupada porque en los últimos 3 meses el rendimiento académico de su hijo ha disminuido mucho: Raúl ha pasado de ser un alumno brillante a tener varios suspensos. La pediatra indaga sobre los posibles motivos de este cambio aplicando un algoritmo de evaluación de la salud mental en la infancia.

En primer lugar, pregunta sobre la situación familiar; constata que no hay datos que indiquen cambios y que la relación entre los padres separados sigue siendo amistosa. En cuanto a los factores de riesgo, pregunta a la madre por los antecedentes médicos de la familia, especialmente por los relacionados con la salud mental. La madre responde que tanto ella como la abuela materna han estado en seguimiento en una unidad de salud mental por ansiedad (concretamente, según refiere la madre, el diagnóstico en ambos casos fue de ansiedad generalizada). En la historia clínica de Raúl, la pediatra anota como antecedente familiar de interés «trastorno de ansiedad

generalizada» en la madre y la abuela materna. Aunque Laura no cree que Raúl haya consumido drogas, decide comprobarlo, pues no es la primera vez que se equivoca. Solicita un análisis de drogas en orina; los resultados, que recibe unos días más tarde, son negativos.

La pediatra pregunta si cuentan con algún informe educativo. La madre dice que no, porque Raúl siempre ha sido un buen alumno. Los informes psicopedagógicos se emiten tras la evaluación de un alumno que ha tenido algún problema destacable, especialmente en el rendimiento académico. En este caso, como la disminución del rendimiento se ha producido en los últimos 3 meses, en el colegio aún no se ha iniciado ninguna valoración. Aun así, se podría solicitar al tutor o la tutora de Raúl un breve informe sobre su evolución en los últimos 3 meses.

Tras constatar que la madre no ha observado ningún otro síntoma en su hijo, la pediatra decide hacerle una entrevista a Raúl a solas. El adolescente le comenta que desde hace 4 meses se siente muy triste sin motivo aparente. Tiene ganas de llorar y ha perdido el interés por actividades que antes le resultaban placenteras y que ahora no es capaz de disfrutar. Ha perdido el apetito y se despierta muy temprano, cuando antes le costaba salir de la cama. Esos síntomas, junto con la dificultad para concentrarse, son la causa de su menor rendimiento. Raúl se lo ha ocultado tanto a su familia como a otras personas de su entorno.

La pediatra completa la historia clínica preguntando sobre la posible presencia en los últimos meses de:

- «Nervios o preocupaciones».
- Preocupación excesiva por hacer alguna actividad delante de otros o temor a hacer el ridículo.
- Pensamientos raros, repetitivos o desagradables.
- Ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control.
- Miedo excesivo en los espacios abiertos o en cines.
- Desmotivación o problemas de sueño.

Estas preguntas las realiza para explorar la sintomatología relacionada con la ansiedad, dados los antecedentes personales de Raúl.

Con el diagnóstico de sospecha de depresión, la pediatra deriva a Raúl a la unidad de salud mental.

1. ¿Cuál sería la afirmación incorrecta respecto al diagnóstico del paciente?

- A. El diagnóstico de depresión puede ser correcto, pero cuando se diagnostica una depresión nunca existe un trastorno de ansiedad como comorbilidad.
- B. El diagnóstico de depresión puede establecerse aunque la madre no haya detectado los síntomas que refiere el paciente.
- C. Es posible encontrar síntomas de ansiedad en pacientes con depresión.
- D. Ante el cuadro clínico descrito, hay que contemplar el diagnóstico de depresión entre los más probables.

2. En relación con los factores de riesgo que presenta el paciente de este caso clínico, ¿cuál es la afirmación correcta?

- A. Los antecedentes familiares de ansiedad no son un factor de riesgo.
- B. La separación de los padres no es un factor de riesgo.
- C. Los factores de riesgo no deben tenerse en cuenta, ya que en los adolescentes no son importantes.
- D. Los factores de riesgo aumentan la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno mental en la adolescencia.

3. ¿Qué actitud debería adoptar un pediatra ante un paciente como el descrito?

- A. No ha de remitirlo a la unidad de salud mental, para evitar su estigmatización.
- B. Debe coordinarse con la unidad de salud mental para el seguimiento del paciente.
- C. La anamnesis realizada no es competencia del pediatra. Ante los factores de riesgo detectados, debería remitir directamente al paciente a su unidad de salud mental.
- D. Conocer los trastornos mentales más prevalentes en la adolescencia no es una función del pediatra, ya que se puede equivocar con gran facilidad.

4. Teniendo en cuenta la historia clínica de Raúl:

- A. No es necesario hacer pruebas neurológicas, como una resonancia magnética cerebral o un electroencefalograma.
- B. Conviene realizar al menos una prueba de neuroimagen para descartar una patología orgánica.
- C. Para establecer el diagnóstico, la pediatra estaría obligada a enviar test diagnósticos al centro educativo para que los realizaran los profesores.
- D. El diagnóstico de depresión establecido por la pediatra es incorrecto porque se basa principalmente en datos clínicos.