SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PUERICULTURA

XLI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA PREVENTIVA PARA MÉDICOS 2025 -2026

TRABAJO DE FIN DE CURSO

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

DELIA D. BADAS RODRÍGUEZ

Sumario

1. RESUMEN....4
2. INTRODUCCIÓN....5
3. OBJETIVOS....7
3.1 Objetivo general....7
3.2 Objetivos específicos....7
4. Metodología....7
5. Etiología y Fisiopatogenia de la Ansiedad y Depresión infantil....8
5.1 Factores relacionados con el embarazo y perinatales:....8
5.2 Enfermedad Médica Crónica:....8
5.3 Factores Genéticos y Neurobiológicos:....8
5.5 Factores ambientales y Sociales....9
5.5.1 Familiares:....9
5.5.2 Condiciones Sociales Desfavorables:....10
5.5.4 Desplazamientos Forzados:....10
5.5.5 Aislamiento Social....10
5.5.6 Acoso Escolar:....11
5.5.7 Modernidad/Digitalización:....11
6. Factores Protectores de la Salud Mental Infanto-Juvenil:....12
7. Conceptualización de la Ansiedad Infantil....12
8. Manifestaciones Clínicas de la ansiedad según la edad:....12
9. Criterios diagnósticos de los trastornos de Ansiedad....13
9.1 Trastorno de ansiedad por Separación....13
9.2 Trastorno de ansiedad Generalizada:....13
9.3 Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social):....13
9.4 Fobia Específica....14
9.5 Mutismo Selectivo....14
9.6 Trastorno de Pánico....14
9.7 Agorafobia....14
10. Comorbilidad de los Trastornos de ansiedad:....15
10.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo:....15
10.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad....15
10.3 Trastorno de Estrés pos traumático (TEPT):....16
10.4 Trastornos del Comportamiento....16
10.5 Esquizofrenia....17
10.6 Enfermedades Orgánicas:....18
10.7 Consumo de Tóxicos:....18
11. Depresión....18
11.1 Síntomas Depresivos en la edad preescolar:....18
11.2 Síntomas Depresivos en el escolar:....19
11.3 Síntomas Depresivos en la adolescencia....19
12. Criterios diagnósticos de Depresión....19
13. Criterios diagnósticos de depresión según DSM-5-TR en infancia y adolescencia (39)....20
14. Síntomas depresivos en niños y adolescentes....21
14.1 Síntomas afectivos:....21

14.2 Síntomas Físicos:.....21
14.3 Síntomas Cognitivos:.....22
15. Diagnóstico del Estado de Salud Mental.....22
15.1 Historia Clínica:.....22
15.2 Orientación diagnóstica. Cuestionarios de cribado.....23
15.2.1STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children): Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños.....23
15.2.2 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs:.....23
15.2.3 Ask Suicide Screening questions (ASQ) de NIMH (National Institute of Mental Health):(46).....23
15.2.4 SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).....24
16. Tratamiento:.....24
16.1 Tratamiento No farmacológico (35).....24
16.2 Tratamiento Farmacológico.....25
17. Intervención del Pediatra – Puericultor.....26
16. Conclusiones.....26
Bibliografía.....28

1. RESUMEN

La ansiedad y la depresión constituyen actualmente dos de los principales problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia, con un impacto negativo, significativo en el bienestar emocional, social, familiar y académico de los menores. La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 10 y el 20 % de los adolescentes presentan trastornos mentales, siendo la ansiedad y la depresión algunas de las causas más frecuentes de discapacidad y sufrimiento emocional. Además, diversos estudios han evidenciado un aumento de estos trastornos tras la pandemia por COVID-19, asociado al aislamiento social, la incertidumbre y el uso intensivo de tecnologías digitales.

El presente trabajo realiza una revisión bibliográfica narrativa actualizada sobre ansiedad y depresión infantojuvenil, abordando su prevalencia, factores etiológicos, manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y estrategias terapéuticas. Entre los factores de riesgo destacan la vulnerabilidad genética, las alteraciones neurobiológicas, los problemas familiares, el acoso escolar, las condiciones socioeconómicas desfavorables y los acontecimientos vitales estresantes. Asimismo, se describen factores protectores como la resiliencia, el apoyo familiar, la autoestima y las relaciones sociales positivas.

El diagnóstico de estos trastornos es fundamentalmente clínico y se apoya en criterios internacionales como la CIE-11 y el DSM-5-TR, además de herramientas de cribado como el STAIC, CDI, SDQ y ASQ. El tratamiento debe ser integral e individualizado, combinando intervenciones psicoeducativas, psicoterapia. Es importante el apoyo al paciente y su familia, tanto de los servicios de salud, como del entorno social y educativo. En los casos más graves será necesario el tratamiento farmacológico. Finalmente, se destaca el papel esencial del pediatra-puericultor en la prevención, detección precoz, orientación familiar y coordinación con los servicios de salud mental, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y el pronóstico futuro de los niños y adolescentes afectados

2. INTRODUCCIÓN

Según la OMS la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender, trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. La salud mental es un derecho humano fundamental, constituye un proceso complejo, cada ser humano lo experimenta de forma diferente, y está influenciada de forma determinante por factores individuales, familiares y sociales.

Los factores individuales unidos a condiciones sociales como la pobreza y la violencia condicionan un grave riesgo para la salud mental. De acuerdo con los nuevos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de mil millones de personas padecen trastornos de salud mental. La ansiedad y la depresión, generan enormes costos humanos y económicos,por lo que es preciso aumentar la inversión y la acción en todo el mundo para ampliar los servicios destinados a proteger y promover la salud mental de las personas.

La infancia y la adolescencia son etapas críticas en el desarrollo del individuo. Según la OMS, aproximadamente entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental en todo el mundo, y la mitad de todas las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años.(1)(2)

Entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes se encuentran la depresión y la ansiedad. Cuando un trastorno de salud mental no se trata, sus consecuencias se extienden a la edad adulta, perjudicando integralmente su salud y limitando la posibilidad de llevar una vida plena en el futuro, o, incluso llevarle a la muerte. El suicidio es la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años de edad.(3)

Además de las consecuencias individuales, humanas y sociales, los problemas de salud mental, especialmente ansiedad y depresión, cuestan al mundo, aproximadamente 1 billón de dólares al año, en pérdidas de productividad. (4)

Específicamente en la infancia y adolescencia, el coste es de aproximadamente 387000 millones de dólares anuales, más los costos sanitarios añadidos de 2600 dólares por niño y por año. (5)(6)

Antes de la pandemia, la prevalencia mundial de trastornos depresivos y ansiedad en la infancia y la adolescencia se estimaba en 2,6% y 6,5%respectivamente.(7)

La pandemia del COVID-19 en el 2020 produjo un notable aumento de los problemas emocionales en la infancia. Entre el 23 y 27% de los niños presentaron síntomas depresivos y entre el 20,5 y el 26% presentaron problemas de ansiedad. (8)

Este aumento de las dificultades emocionales pareció mantenerse hasta el 2022 (Korczak et al. 2024). Ese mismo año, el estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) aportó datos relevantes sobre la adolescencia en España. Este es un estudio respaldado por la Organización Mundial de la Salud y en colaboración con la Universidad de Sevilla, en el cual se exploran áreas como el bienestar emocional, alimentación, consumo de sustancias nocivas, conductas sexuales, y relación social, así como la salud del planeta. Participaron 33,630 adolescentes escolarizados con edades entre 11 y 18 años de edad. El malestar psicosomático que incluye síntomas como dolor de cabeza, problemas de sueño o irritabilidad (síntomas estrechamente asociados a ansiedad y depresión) aumentó del 27,8% en el 2018 al 38,5% en el 2022. Esta situación afecta más a las chicas en comparación con los chicos, 51,2% y 25,2% respectivamente; y aumenta conforme aumenta la edad, situándose en el 60,3% en las chicas de 17 18 años de edad frente al 28,4% de los varones de la misma edad. Otros factores que explora el estudio son el consumo de alcohol, la práctica de sexo con protección y el uso intensivo de tecnologías, que también repercute en la salud emocional de los jóvenes. Con relación al consumo de alcohol, hasta el 31% de los jóvenes entre 17 y 18 años, se ha embriagado en el último mes. En el ámbito sexual hasta el 34,8 % de los adolescentes entre 15 y 18 años ha mantenido relaciones sexuales; y hasta el 2,9% de las chicas ha estado embarazada alguna vez. En cuanto al uso de la tecnología hasta el 32,4% de los jóvenes la utiliza de forma intensiva. El uso intensivo se define en cuanto a tiempo, frecuencia o cantidad; difiere de uso problemático, entendido como aquel que interfiere de forma negativa en la vida cotidiana, relaciones sociales, estudios, trabajo o bienestar emocional. En este estudio el uso problemático de la tecnología alcanza hasta el 10%; siendo mayor en las chicas que en los chicos.(9)

Estos datos reflejan la importancia de tener en cuenta la posible existencia de malestar emocional en los niños y adolescentes, y de conocer las causas que lo generan a fin de implementar estrategias eficaces de prevención y detección precoz. La identificación temprana de estos trastornos permite reducir el impacto que ellos pueden producir en el desarrollo emocional, las relaciones interpersonales, el desenvolvimiento académico y los demás aspectos que conforman la vida integral del ser humano.

El puericultor desempeña un papel fundamental en la prevención y detección de síntomas de alerta, así como en la orientación a los jóvenes y su familia, promoviendo la creación de

vínculos saludables en el hogar y el entorno social y como punto de enlace entre los servicios de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) y educativos.

Por todo ello, este trabajo pretende aportar una revisión actualizada de la evidencia científica sobre ansiedad y depresión infantil, a fin de mejorar la intervención temprana, promover la salud infanto-juvenil actual, y por lo tanto, de la adultez futura.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre ansiedad y depresión infantojuvenil a fin de conocer el estado actual de estos trastornos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, herramientas diagnósticas y estrategias de prevención a fin de mejorar la salud integral y la calidad de vida del niño y el adolescente.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en la infancia y la adolescencia
- Identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de los trastornos de ansiedad y depresión en la niñez y la adolescencia
- Describir los principales conceptos y características clínicas de la ansiedad y depresión
- Conocer las patologías asociadas y diagnóstico diferencial con otros procesos psicológicos-psiquiátricos
- Analizar las consecuencias emocionales, sociales y familiares de estos trastornos
- Revisar las herramientas de cribado y evaluación más utilizadas para la detección de estos problemas de salud mental
- Revisar las intervenciones terapéuticas en estas condiciones
- Destacar la importancia del papel del puericultor en la detección precoz de los trastornos depresivos y ansiosos en la infancia y adolescencia

4. Metodología

Revisión bibliográfica narrativa de artículos científicos publicados en bases de datos PubMed, Medline, Elseiver y Organismos nacionales e internacionales

5. Etiología y Fisiopatogenia de la Ansiedad y Depresión infantil

Aunque la ansiedad y la depresión infantil constituyen dos entidades clínicas con características propias, comparten factores etiológicos y fisiopatológicos comunes y estrechamente relacionados entre sí.

5.1 Factores relacionados con el embarazo y perinatales:

Madre adolescente, hijo no deseado, embarazo de alto riesgo, consumo de tóxicos durante el embarazo. Prematuridad, malformaciones genéticas, separación prolongada entre la madre y el niño.

5.2 Enfermedad Médica Crónica:

Obesidad, asma, diabetes juvenil, enfermedades con deterioro cognitivo.(10)

5.3 Factores Genéticos y Neurobiológicos:

La depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales están influenciados por multitud de factores; no obstante, no todos los individuos expuestos a condiciones adversas sufren trastornos. (11)

Estudios en gemelos y sujetos adoptados ponen de manifiesto que los factores genéticos pueden ser responsables de aproximadamente el 50% de la varianza en la transmisión de la depresión. Se sabe que la corteza pre-frontal, que integra la información exterior y la amígdala, están implicadas en la sensación de ansiedad. La corteza cingulada anterior, la ínsula y el cerebelo han sido implicados en los trastornos de ansiedad. Con relación a los neurotransmisores involucrados, en la ansiedad se produce liberación de noradrenalina, se eleva el glutamato y disminuye el GABA. En cambio las neuronas serotoninérgicas ejercen un efecto inhibidor de las neuronas noradrenérgicas; de ahi el papel terapéutico de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.(12)

5.4 Personalidad y Género:

Se ha visto que las personas con temperamento difícil, la emocionalidad negativa y personas con distorsiones cognitivas tienen mayor tendencia a desarrollar depresión. Otra observación es que a partir de la adolescencia hay un predomino del sexo femenino en desarrollar trastornos depresivos y ansiedad. Probablemente esto está en gran medida influenciado por el papel femenino de la mujer en la sociedad. (13)

5.5 Factores ambientales y Sociales

5.5.1 Familiares:

La familia constituye el entorno inmediato del individuo, por lo tanto, el comportamiento, la actitud de los progenitores, así como la presencia de trastornos neuróticos de los mismos, niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver los problemas, influyen notablemente en la salud mental, especialmente porque afectan desde las etapas tempranas del desarrollo. La crianza severa y el maltrato físico y psicológico repercuten de forma muy negativa en la salud mental del niño y el adolescente.(14)

Hay que tomar en cuenta que los cambios sociales han modificado la estructura familiar y han surgido nuevos modelos a través de los años, así actualmente podemos encontrar:

Familia clásica tradicional y nuclear: constituida por el padre, la madre y los hijos.

Familia mono-parental, donde hay sólo un progenitor presente, el único responsable de la crianza y el cuidado de los hijos. Cada vez es más frecuente este tipo de familia. Los motivos de la ausencia del otro progenitor pueden ser: fallecimiento, separación o divorcio sin implicación posterior en la crianza de los hijos, emigración a otro país, abandono del hogar, embarazo no planificado en una mujer soltera o decisión unilateral de la madre.

Familia Homoparental: Cuando la familia está constituida por dos madres o dos padres homosexuales. En 2005, España se convirtió en el tercer país del mundo –después de Holanda y Bélgica– que legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo. Los hijos pueden ser de la pareja o de matrimonios o relaciones anteriores.

Familias reconstituidas: son las familias en que uno o ambos progenitores tienen la tutela de los hijos de una relación anterior. Es cada vez más frecuente. La reconstitución familiar implica una reconfiguración de los roles maternos y paternos, con una mayor complejidad en las relaciones familiares. Estará presente una maternidad/paternidad biológica más una social, lo que hace más compleja la educación de los hijos, pues dispondrán en muchas ocasiones de «dobles familias». Puede representar un coste emocional para todos los miembros de la familia, especialmente para los hijos, que con frecuencia no participan en las decisiones de los adultos.

Otros modelos Familiares: Adoptiva, de acogida, multicultural.

Estos modelos condicionan relaciones familiares particulares para cada niño y adolescente que se traducirán también en la vida social y escolar. (15)

5.5.2 Condiciones Sociales Desfavorables:

El nivel socio-económico bajo, el acceso a los servicios básicos y artículos de primera necesidad, incluidos los alimentos y el agua y la vivienda moldean las condiciones de vida, y por lo tanto, la salud mental.(16)

5.5.3 Otros Factores de relevancia

Acontecimientos vitales estresantes, conflictividad familiar, escolar o social, duelo de algún ser querido, exposición a violencia, alcohol, drogas.(12)

5.5.4 Desplazamientos Forzados:

La cifra de desplazados a causa de persecución, conflictos y violencia, a finales de junio de 2025 era de 117,3 millones de personas.(17)

Según UNICEF, a finales de 2024 cerca de 48,8 millones de niños en el mundo se encontraban desplazados debido a conflictos armados y violencia, incluyendo refugiados, solicitantes de asilo y desplazados internos, lo que refleja el creciente impacto humanitario de los conflictos sobre la infancia. (18)

5.5.5 Aislamiento Social

Existe evidencia que el aislamiento social interfiere de forma negativa en la salud mental. Los trastornos de ansiedad y la depresión aumentaron de forma importante a partir del año 2020, coincidente con la pandemia por COVID-19. Este impacto negativo se debió a múltiples factores como el tener que permanecer en casa, el cierre de escuelas, lugares de trabajo y de ocio.(19)

Un estudio publicado en 2020 acerca del impacto de la cuarentena por COVID-19 con la participación de 1143 familias españolas e italianas con niños entre 3 y 18 años reportó que hasta el 85,7% de los padres notaron cambios emocionales en sus hijos. Los síntomas más relevantes fueron Los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76,6 %), aburrimiento (52 %), irritabilidad (39 %), inquietud (38,8 %), nerviosismo (38 %), sentimientos de soledad (31,3 %), malestar (30,4 %) y preocupaciones (30,1 %), y los padres españoles informaron más

síntomas que los italianos. Cuando la convivencia familiar durante el confinamiento se volvió más difícil, la situación fue más grave y el nivel de estrés aumentó, los padres tendieron a informar más problemas emocionales en sus hijos. (20)

5.5.6 Acoso Escolar:

La evidencia científica actual demuestra que el bullying constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión en niños y adolescentes, afectando significativamente su bienestar emocional, autoestima y adaptación social.

Una investigación publicada en 2022 con una muestra de 550 niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 17 años del País Vasco, donde los participantes completaron cuestionarios sobre victimización escolar, autoestima, ansiedad y depresión, demostró que sufrir bullying constituye un importante factor de riesgo para desarrollar síntomas ansiosos y depresivos durante la infancia y la adolescencia. Además, los autores encontraron que la autoestima actúa como variable mediadora entre el acoso escolar y los problemas emocionales. Esto significa que el bullying afecta negativamente a la autoestima, y esta disminución de la autoestima incrementa el riesgo de ansiedad y depresión. (21)

5.5.7 Modernidad/Digitalización:

En los últimos años se han producido grandes cambios, y muy rápidos en los que los niños y especialmente los adolescentes emplean su tiempo, se comunican con el mundo, y entre sí. La utilización de dispositivos móviles y redes sociales resultan muy atractivos para los jóvenes, y están moldeando su personalidad y su forma de relacionarse. Se han hecho estudios para analizar el impacto de la utilización de la tecnología y las redes sociales, hasta ahora la mayoría de ellos refuerza los aspectos negativos. Debe tomarse en cuenta que los efectos varían según la existencia de factores de riesgo y protectores en cada individuo. Sin embargo, hay que asumir que la tecnología digital ha llegado para quedarse y se ha convertido en un elemento omnipresente en la vida y las relaciones de los jóvenes. (22)(23)

Esto ha de tomarse en cuenta a la hora de diseñar estrategias a fin de fomentar el bienestar emocional y psicológico de los niños y adolescentes.

6. Factores Protectores de la Salud Mental Infanto-Juvenil:

La mayoría de los estudios realizados destaca el papel de la resiliencia, la autoestima, el apoyo familiar y las relaciones sociales positivas como elementos clave de protección emocional.

La resiliencia, entendida como la capacidad de adaptación y recuperación frente a situaciones adversas, emerge como un factor protector clave en la salud mental de los adolescentes. Promover la resiliencia a través de intervenciones psicológicas y programas escolares puede contribuir significativamente a mejorar el bienestar emocional de los jóvenes y prevenir el desarrollo de trastornos mentales. (24)

El informe salud mental y redes de apoyo en la adolescencia realizado por la Universidad Rey Juan Carlos, en julio de 2025 pone de manifiesto que a mayor conexión familiar menor es el grado de depresión, menor la ideación suicida, menor es la soledad no deseada, menores pensamientos y conductas auto lesivas y mayor es el grado de felicidad.

El apoyo comunitario, las habilidades sociales, el buen temperamento y autoestima también son factores protectores de la salud mental infantil. Otros aspectos relacionados con el bienestar emocional son alimentación adecuada, ejercicio físico regular y suficientes horas de sueño.(10)

7. Conceptualización de la Ansiedad Infantil

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que tiene como finalidad la protección ante el peligro, el sistema nervioso fabrica las respuesta de lucha o huida a diferentes situaciones que atentan contra la vida. El aspecto positivo de la ansiedad es que ayuda al individuo a preservar su vida. En caso de que la ansiedad persista una vez terminada la amenaza, produce una alta carga de estrés que impide a quien la padece realizar sus actividades con normalidad y disfrutar de la vida.

La ansiedad y preocupaciones son normales en la infancia, preparan al niño para afrontar situaciones que pueden representar un peligro, y le ayudan a enfrentarse a los cambios. Estos miedos son evolutivos y cambian con la edad. (25)(26)

8. Manifestaciones Clínicas de la ansiedad según la edad:

- Lactantes: la ansiedad se manifiesta en forma de llanto, irritabilidad, hipertonía muscular, espasmos del sollozo, hiperventilación.

- Escolares: miedo al colegio y otras actividades, dolor abdominal, dolor de cabeza, desobediencia, problemas de atención y concentración, trastornos del sueño.
- Adolescentes: mareos, dolor torácico, cansancio, miedos sociales, trastornos del sueño, irritabilidad.

Cuando es excesiva en intensidad, se prolonga más de 6 meses, causa malestar o sufrimiento desproporcionado, o es desencadenada por un estímulo inofensivo, se considera patológica.

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico y se realiza según clasificaciones internacionales, CIE -11 (Clasificación internacional de enfermedades) y DSM-5-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association.

9. Criterios diagnósticos de los trastornos de Ansiedad

9.1 Trastorno de ansiedad por Separación

La ansiedad se considera una manifestación normal a partir de los 5 meses de edad y va disminuyendo progresivamente hasta desaparecer entre los 3 y 5 años de edad. Se convierte en algo patológico cuando ocurre ansiedad excesiva al tener que separarse de sus padres o quienes le cuidan de forma habitual, miedo a perder a sus padres o que algo les separe de forma definitiva, resistencia a estar solo, miedo a dormir alejado de sus padres, tener pesadillas recurrentes. Es un trastorno que suele iniciarse antes de los 6 años de edad y tiende a disminuir progresivamente hacia los 12 años de edad. Puede asociarse a otras condiciones como el trastorno de ansiedad generalizada o fobias específicas. La evolución es variable y depende de otros factores como comorbilidades asociadas o si existe psicopatología en la familia.

9.2 Trastorno de ansiedad Generalizada:

Ansiedad y preocupación excesiva, difícil de controlar sobre diversos acontecimientos o actividades y se asocia a síntomas de activación simpática como taquicardia, taquipnea, sudoración profusa, sequedad de boca. Para su diagnóstico se requiere que estos síntomas estén presentes casi todos los días durante 6 meses.

9.3 Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social):

Miedo excesivo en relación con situaciones sociales donde el niño-adolescente pudiera

hacer algo que pudiera resultar humillante o vergonzante. Incluye el temor a ir a fiestas, hablar en público, relacionarse con personas de autoridad. Este trastorno es típico de la adolescencia, aunque puede comenzar más temprano. Suele iniciarse gradualmente y si no se trata, puede tener consecuencias de gran trascendencia como abandono de los estudios, inhibición en el funcionamiento social y la adquisición de dependencia a sustancias de abuso

9.4 Fobia Específica

Se caracteriza por miedo o ansiedad intenso y persistente respecto a un objeto o situación específicos. El miedo puede ser a un animal, a un lugar, sangre-inyecciones, entorno natural. Los miedos son irracionales y la evitación del estímulo fobígeno interfiere con el normal funcionamiento diario. Aparte de la fobia escolar, las fobias específicas son relativamente raras e incluyen animales, alturas, rayos, oscuridad, volar, espacios cerrados. Estas fobias suelen aparecer antes de los 7 años. La diferencia de este trastorno en los niños y los adultos es que los niños no piensan que estos miedos son irracionales.

9.5 Mutismo Selectivo

Es la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en la que se espera que debe hacerse, a pesar de hacer sin problema en casa y en presencia de familiares. Debe tener una duración mínima de un mes (no aplicable al primer mes que se va a la escuela).

9.6 Trastorno de Pánico

Caracterizado por crisis de angustia recurrentes e inesperadas, de inicio brusco acompañados de síntomas como temblor, temor a morir, pérdida de control. Van seguidos de un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aprición de nuevas crisis o sus consecuencias.

9.7 Agorafobia

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo o ansiedad intensa ante situaciones en las que la persona piensa que escapar podría ser difícil o que no dispondría de ayuda si aparecen síntomas de pánico, ansiedad intensa o malestar. Incluye miedo y evitación de lugares abiertos, espacios cerrados, transporte público, hacer filas o estar

entre multitudes, salir solo de casa. (27)

10. Comorbilidad de los Trastornos de ansiedad:

Los trastornos de ansiedad pueden asociarse a otras patologías, el diagnóstico no es sencillo debido a que los síntomas pueden solaparse. La existencia de comorbilidades agrava los síntomas, incrementa el deterioro académico, y en caso de pasar desapercibida condiciona una mala respuesta al tratamiento ya que los trastornos comórbidos se benefician de un tratamiento específico concomitante.

10.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo:

Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones consisten en imágenes, pensamientos o impulsos que se presentan de forma persistente e involuntaria en el pensamiento del individuo. Estas obsesiones siempre suelen ser desagradables y causan malestar en la mayoría de los individuos. Las compulsiones son comportamientos repetitivos para tratar de ignorar o neutralizar los pensamientos obsesivos y así reducir el malestar que éstos generan. Estos pensamientos y actos interfieren significativamente con la vida normal del individuo. (28)

10.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Consiste en un trastorno del neurodesarrollo en el que intervienen factores genéticos, estructuras anatómicas, sistemas de neurotrasmisión dopaminérgica y noradrenérgica, así como factores ambientales. Es de gran complejidad clínica. Se caracteriza por hiperactividad, impulsividad, dificultades de atención y concentración, problemas en la interacción personal-social y dificultad para seguir las normas y adaptarse a las demandas del medio ambiente, bajo rendimiento escolar, deficiente imagen corporal y problemas de comportamiento. El cuadro clínico del TDAH comienza en más del 90% de los casos antes de los 12 años. Los padres suelen referir que las dificultades comenzaron en la escuela infantil, incluso en la guardería. Es una entidad que tiende a evolucionar de forma crónica y los problemas suelen persistir en la vida adulta en un 50 -60% de los casos. Suele asociarse a otros trastornos neuropsiquiátricos. Las dificultades de atención se manifiestan sobre todo en tareas que el niño considera aburridas, mientras que es menos evidente en actividades que le interesan. El niño no suele escuchar o no se entera de lo que dicen, no termina las tareas y pasa de una actividad a otra sin centrarse. Son

niños que se distraen fácilmente ante estímulos externos que tienen un carácter irrelevante, lo que contribuye al mal rendimiento escolar. La hiperactividad hace que el niño tenga dificultad para mantenerse sentado, cambia de sitio constantemente, coje y toca objetos aunque no sean suyos. La conducta impulsiva hace que interrumpa continuamente en la clase, le resulta muy difícil esperar su turno, suele no acabar los deberes y su presentación es desordenada. Tiende a incurrir en actividades peligrosas. Todos estos síntomas ocasionan dificultades en la adaptación social y da lugar al rechazo del niño por parte de sus compañeros. Este rechazo es muy importante ya que repercute en la autoestima, haciendo que aparezcan síntomas depresivos o ansiedad. (29)

10.3 Trastorno de Estrés pos traumático (TEPT):

Es una condición que puede desarrollarse después de la exposición a eventos traumáticos, aunque es más frecuente en adultos, también puede ocurrir en niños. Las situaciones que lo producen pueden ser abusos, violencia doméstica, accidentes o desastres naturales, pérdida o separación forzada de seres queridos. Los síntomas pueden consistir en ansiedad, miedo o tristeza persistente, irritabilidad, problemas para dormir. Otros síntomas pueden consistir en regresión en el desarrollo y la adopción a comportamientos más infantiles, dificultades en la interacción social. La evitación de lugares que puedan recordar el evento traumático o la re-experimentación constante del mismo a través de juegos o dibujos. (30)

10.4 Trastornos del Comportamiento

Incluye el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. Por lo general son secundarios a situaciones de índole muy variada entre las que se incluyen problemas en la dinámica familiar, consumo de sustancias tóxicas, acoso escolar; o a la existencia de otras psicopatologías como TDAH, ansiedad o depresión. Su diagnóstico y clasificación están regidas por la Clasificación Internacional de Enfermedades y el MDS -5. El trastorno Negativista Desafiante (TND) ocurre cuando un niño o un adolescente discute y se niega a seguir las normas. Si además actúa de forma violenta o agresiva con tendencia a no tomar en cuenta los sentimientos de los demás, entonces se denomina Trastorno de Conducta (TDC). Las alteraciones del comportamiento son frecuentes en diferentes etapas del desarrollo, especialmente entre los 18 y 24 meses de edad, con un pico de máxima intensidad a los 3 años, y posteriormente en la adolescencia. Se considera que existe patología cuando se extienden mucho más allá de estas condiciones, tanto en frecuencia

como intensidad. Ambos trastornos son diferentes y tienen sus propios criterios diagnósticos. El TND se caracteriza por un patrón persistente de enfado, irritabilidad y actitud negativa, dura al menos 6 meses y se presenta en los ambientes en que se desenvuelve el paciente. El TC tiene una edad de inicio más tardía que el TND, frecuente en la adolescencia. El paciente tiene comportamientos agresivos hacia personas o animales, destrucción de objetos, engaños, robos y violaciones serias de las normas. Suele acarrear problemas legales. El paciente se caracteriza por su falta de empatía. Muchos estudios asocian este comportamiento con alteraciones neurobiológicas en el cuerpo calloso. Los adolescentes en su transición a la vida adulta y en su deseo de reafirmar su identidad, suele asociarse a un rechazo a las normas, si este proceso es muy intenso puede llegar a manifestarse con este tipo de síntomas. El TND puede evolucionar a un TC más grave. (31)

10.5 Esquizofrenia

Se trata de una condición grave y estigmatizante que causa gran deterioro cognitivo. Se caracteriza por síntomas psicóticos: alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación y conducta desorganizada. Inicialmente puede haber manifestaciones que ocurren gradualmente en el tiempo como disminución de la atención y concentración, falta de motivación, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, irritabilidad. Los adolescentes pueden experimentar alucinaciones auditivas, pero no lo expresan por temor al juicio de los demás. (32)

Aparentemente su etiología es multifactorial en la que pueden intervenir factores genéticos, del neurodesarrollo, neuroquímicos y factores ambientales y sociales. (33)

10.6 Enfermedades Orgánicas:

Entre las condiciones que pudiesen dar síntomas parecidos a la ansiedad se encuentran el hipotiroidismo, hipertiroidismo, epilepsia, tumores del sistema nervioso central, arritmias, asma. (12)

10.7 Consumo de Tóxicos:

Alcohol, opiáceos, cocaína, anfetaminas, o efectos secundarios de psicoestimulantes, esteroides, etc. (12)

11. Depresión

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo.

La depresión es distinta de los cambios habituales en el estado de ánimo y en los sentimientos sobre el día a día. (34)

La depresión ha dejado de ser una enfermedad solo de adultos para presentarse cada vez más frecuentemente en niños y adolescentes, muy especialmente en la última década. Este diagnóstico puede llegar a ser un problema severo y de larga duración, que puede interferir en todos los aspectos del desarrollo del menor, su familia y su comunidad. La prevalencia de depresión se incrementa conforme se avanza desde la infancia a la adolescencia. La proporción por sexo es de 1:1 en niñas y niños y 2:1 niñas vs. niños en adolescentes. La depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes. En España, el Instituto Nacional de Estadística ha publicado que durante el año 2020 se suicidaron 14 menores de 15 años y 300 personas de entre 15 y 29 años, siendo una de las principales causas de muerte entre los adolescentes.

Los síntomas de la depresión varían según la edad, el desarrollo cognitivo y la capacidad para verbalizar las emociones y los sentimientos. (35)(36)(37)

11.1 Síntomas Depresivos en la edad preescolar:

En esta edad los síntomas consisten en apatía, falta de interés, mímica y gestos tristes, crisis de llanto, falta de apetito, trastornos del sueño, ansiedad por separación.

11.2 Síntomas Depresivos en el escolar:

Tristeza, llanto, hiperactividad o lentitud motriz, disminución del rendimiento escolar, cefalea, dolor abdominal, ansiedad.

11.3 Síntomas Depresivos en la adolescencia

Irritabilidad, pérdida de interés, cansancio, anorexia o aumento exagerado del apetito, trastornos del sueño, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, ideas suicidas, consumo de drogas.

12. Criterios diagnósticos de Depresión

La World Health Organization en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª

edición) clasifica la depresión dentro de los trastornos depresivos. El diagnóstico del episodio depresivo se basa en la presencia de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas, con afectación significativa del funcionamiento personal, social o académico.

Criterios diagnósticos de episodio depresivo según la CIE-11 (38)

Síntomas nucleares (debe existir al menos uno)

- Estado de ánimo deprimido persistente
- Disminución marcada del interés o placer en actividades habituales
- Disminución de energía o fatigabilidad aumentada

Síntomas adicionales

- Disminución de la concentración y atención
- Baja autoestima o pérdida de confianza
- Sentimientos de culpa excesiva o inutilidad
- Visión pesimista del futuro
- Ideas o actos suicidas/autolesivos
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia)
- Cambios del apetito o peso
- Agitación o enlentecimiento psicomotor

Particularidades en niños y adolescentes

En población infantil y adolescente, la depresión puede manifestarse con:

- Irritabilidad en lugar de tristeza predominante
- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento social
- Quejas somáticas frecuentes
- Conductas oposicionistas
- Alteraciones del sueño y apetito
- Conductas autolesivas o ideación suicida en adolescentes

13. Criterios diagnósticos de depresión según DSM-5-TR en infancia y adolescencia (39)

Síntomas

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
    - En niños y adolescentes puede manifestarse como irritabilidad persistente.
- Disminución marcada del interés o placer en casi todas las actividades.
- Pérdida o aumento significativo de peso, o alteraciones del apetito.
    - En niños puede observarse falta de ganancia ponderal esperada.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos autolíticos.

Además, los síntomas deben:

- Provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o familiar.
- No deberse a sustancias ni enfermedades médicas.
- No explicarse mejor por otros trastornos psiquiátricos.

Los síntomas depresivos comprenden un espectro que va desde manifestaciones leves hasta los síntomas más severos característicos de la depresión mayor. En este sentido encontramos:

- **Trastorno adaptativo**.

  Se sitúa en el extremo más cercano a la normalidad. Cursa con síntomas depresivos leves, auto limitados y claramente relacionados con un factor desencadenante.

- **Trastorno Depresivo no especificado**

  También llamado depresión menor, caracterizado por la presencia de al menos un

síntoma de depresión mayor como tristeza, irritabilidad o anhedonia, asociado a otros tres síntomas de depresión mayor. La CIE-11 lo clasifica como episodio depresivo leve..

- **Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)**: De inicio insidioso, cursa con síntomas leves o por debajo del umbral como para clasificarlo como depresión mayor, sigue un curso fluctuante y se mantiene durante al menos un año en los niños o adolescentes. Es un trastorno más leve, pero más crónico que la depresión mayor. El paciente puede tener períodos asintomáticos pero no duran más de dos meses.
- **Depresión Mayor** Para su diagnóstico el niño o adolescente debe presentar un cambio en su humor, un síntoma central, humor deprimido o irritable, pérdida de interés/apatía o anhedonia, y al menos cinco síntomas depresivos. Estos síntomas se deben presentar en casi todas las actividades, la mayor parte del día, y casi cada día durante al menos 2 semanas.

14. Síntomas depresivos en niños y adolescentes

Se pueden presentar 3 tipos de síntomas: afectivos, físicos y cognitivos.

14.1 Síntomas afectivos:

humor triste, deprimido o irritable, incapacidad para experimentar el placer (anhedonia), pérdida de interés. Otros síntomas son labilidad emocional, aplanamiento afectivo, irritabilidad, disforia, insatisfacción y pesimismo generalizado, aislamiento social, ansiedad y angustia.

14.2 Síntomas Físicos:

Retraso psicomotor, enlentecimiento, letargia, mutismo, agitación, disminución de la energía (fatiga y cansancio), astenia, alteración del apetito, alteraciones del sueño, disminución de la libido, síntomas de activación autonómica.

14.3 Síntomas Cognitivos:

Disminución de la concentración, disminución de la memoria, indecisión, sentimientos de soledad, vacío, incompresión, baja autoestima, rumiación persistente negativa, ideas de muerte y suicidio, ideas delirantes.(40)

15. Diagnóstico del Estado de Salud Mental

El equipo de Pediatría de Atención Primaria es el que está en contacto permanente con el

niño y su familia desde los primeros días de vida, por lo tanto, es importante que los profesionales deban saber distinguir si el niño/adolescente presenta una pequeña variación dentro de la normalidad, si existe alguna señal de alarma o si presenta un trastorno establecido. (41)

Como se ha dicho, los problemas de salud mental que comienzan en las primeras etapas de la vida tienen mayores repercusiones en la vida adulta, es por ello que la detección temprana es muy importante. El conocimiento de la historia clínica del paciente y el conocimiento de los factores de riesgo es fundamental en esta detección. La atención de los niños y especialmente de los adolescentes requiere de buenas capacidades comunicativas, de la escucha activa, y de la observación del lenguaje no verbal, especialmente cuando se trata de aspectos emocionales. (42)

La consulta de atención primaria pediátrica constituye el punto de contacto inicial, usualmente el padre es quien la solicite, menos frecuentemente, el adolescente. Cuando el motivo de consulta es claramente emocional, es importante establecer una relación abierta y de confianza puesto que alguna de las partes podría no querer afrontar dicha entrevista. Muy frecuentemente el motivo de consulta no coincide con el verdadero problema del niño. Ya hemos visto que los problemas de ansiedad pueden tener diferentes manifestaciones clínicas a diferentes edades. (10)

15.1 Historia Clínica:

- Los datos que debemos recoger en la historia Clínica son:
- Inicio y desarrollo de los síntomas, ocurrencia de algún acontecimiento estresante
- Cuadros clínicos anteriores, medicaciones previas, consultas a urgencias
- Comorbilidad o psicopatología
- Historia de desarrollo personal: Temperamento, habilidades, miedos infantiles, capacidad de adaptación.
- Historia Familiar:Tipo de familia, antecedente de psicopatología, tipo de crianza
- Historia Académica: rendimiento académico y deportivo

15.2 Orientación diagnóstica. Cuestionarios de cribado

El diagnóstico de los cuadros de ansiedad y depresión es clínico, se realiza siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual diagnóstico y

estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM5TR). Sin embargo, existen herramientas útiles para el cribado de los diferentes procesos en la infancia y la adolescencia, a fin de orientar mejor el diagnóstico, y por lo tanto, el seguimiento.

15.2.1STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children): Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños

Esta prueba está dirigida a medir específicamente la ansiedad del niño. El STAIC es una extensión de una prueba similar para adultos, el STAI, en cuyas siglas se añade la C (de “children”= niños) para indicar el ámbito de aplicabilidad. Es de fácil aplicación y asequible a los profesionales de salud. Está dirigido a niños de 9 -15 años de edad y es de corta duración, entre 15 y 20 minutos. (43)

15.2.2 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs:

Consiste en una evaluación psicológica que mide la gravedad de los síntomas relacionados con la depresión o el trastorno distímico en niños y adolescentes. Es una escala de 27 items autoaplicada y orientada a los síntomas. Fue desarrollado por la psicóloga clínica María Kovacs. Es una de las herramientas más utilizadas y presenta una alta fiabilidad. (44) (45)

15.2.3 Ask Suicide Screening questions (ASQ) de NIMH (National Institute of Mental Health):(46)

La versión en español del Ask Suicide-Screening Questions (Rodante et al., 2024) es una herramienta de cribado diseñada para detectar el riesgo suicida en pacientes pediátricos, traducida a partir del cuestionario original de 4 ítems Ask Suicide-Screening Questions (ASQ; Horowitz et al., 2012).

Consta de 5 preguntas

- En las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto/a?
- En las últimas semanas, ¿has sentido que tú o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto/a?
- En la última semana, ¿has tenido pensamientos sobre quitarte la vida?
- ¿Alguna vez has intentado suicidarte?

  En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores:

- ¿Estás teniendo pensamientos de quitarte la vida en este momento? (46)

15.2.4 SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

Es un cuestionario de cribado psicológico utilizado para evaluar problemas emocionales y del comportamiento en niños y adolescentes de 2 a 17 años. Fue desarrollado por Robert Goodman en 1997 y es una de las herramientas más utilizadas internacionalmente en pediatría, psicología y psiquiatría infantil. Puede ser respondido por: padres, profesores, adolescentes mayores de 11 años).

Analiza tanto dificultades emocionales como fortalezas conductuales mediante 25 preguntas distribuidas en 5 escalas:

- Síntomas emocionales (ansiedad, tristeza, miedos)
- Problemas de conducta (Agresividad, desobediencia)
- Hiperactividad/ inatención (impulsividad, déficit de atención)
- Problemas con compañeros (aislamiento, dificultades sociales)
- Conducta pro social (Empatía, ayuda a los demás)

En el momento que se ha detectado un trastorno de salud mental, en función de la gravedad de los síntomas y el contexto familiar y social, el pediatra-puericultor decidirá la valoración psicológica por parte del servicio de salud mental.

16. Tratamiento:

16.1 Tratamiento No farmacológico (35)

El tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresivos variará según el diagnóstico específico, de la gravedad de los síntomas, el tiempo de evolución, comorbilidades, edad del paciente, características de la familia, situación social y familiar. Hay fundamentos no farmacológicos indispensables:

- Psicoeducación respecto a la naturaleza de la enfermedad, curso y reconocimiento precoz de los síntomas de los síntomas
- Terapia de soporte en cada consulta con el me profesional
- Intervención familiar para aminorar dificultades en el área familiar, y tratamiento de psicopatología de los padres si existiese

- Intervención escolar.

Psicoterapia

Consiste en establecer una relación con el paciente a través de una conexión estructurada, con un propósito diseñado científicamente para cambiar el pensamiento y el comportamiento, con el objetivo de mejorar el estado mental del paciente.(48)

Un adecuado manejo conductual puede frenar la evolución de los síntomas e incluso revertir los síntomas. El objetivo de estas intervenciones es entrenar al niño para que adquiera habilidades de afrontamiento de problemas, mejore su autoestima, reestructure su pensamiento y corrija ideas erróneas y modifica comportamientos. (49)

16.2 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico de elección para los trastornos de ansiedad y la depresión consiste en los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En general estos medicamentos son seguros y se toleran bien, inicialmente fueron aprobados en adultos, sin embargo hoy se utilizan en la población pediátrica (7 -8 años). Pertenecen a este grupo de medicamentos la fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina y fluvoxamina. Entre los efectos adversos se encuentran síntomas gastrointestinales, cefalea, cambios en el apetito, problemas del sueño y síndrome de activación. El síndrome de activación hace referencia a un conjunto de síntomas consistentes en impulsividad, inquietud, aumento de la actividad, insomnio, irritabilidad y agitación. La edad es un factor significativo a tomar en cuenta, los niños son más propensos a desarrollar efectos adversos, si se los compara con los adolescentes. Existe controversia sobre el posible aumento de la ideación y el comportamiento suicida con el uso de antidepresivos; sin embargo el mecanismo no está claramente definido. En 2004 la FDA emitió una advertencia indicando que los antidepresivos se asociaban con un mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en niños y adolescentes y señaló que tras el inicio de la terapia, debía vigilarse de cerca la aparición de empeoramiento clínico, tendencias suicidas o cambios inusuales en el comportamiento. (50)

17. Intervención del Pediatra – Puericultor

El pediatra/puericultor tiene una gran responsabilidad ante los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes ya que con su prevención, diagnóstico y tratamiento, se consigue gran mejoría en su evolución. No hacerlo condiciona el futuro, su estabilidad emocional, su capacidad de aprendizaje y adaptación a la vida. El pediatra es la primera persona a quien se dirigen los padres cuando el niño tiene un problema, es por ello que los pediatras deben tener

nociones básicas de psiquiatría infantil. El papel del pediatra se resume en los siguientes puntos:

- Detectar signos de alerta de posibles problemas psicológicos o psiquiátricos
- Identificar problemas en la interacción del niño y el adolescente en su entorno familiar o escolar
- Identificar síntomas clínicos de entidades concretas, alteraciones de conducta, alteraciones del estado anímico, negativa a salir de casa del adolescente, aumentos o disminución significativa del apetito o del peso que se prolongan en el tiempo
- Remitir a psiquiatría infantil los casos con dudas diagnósticas, síntomas importantes, comorbilidades.
- Seguir la evolución de estos pacientes y garantizar la adhesión al tratamiento
- Ofrecer apoyo al niño y a la familia
- Constituir un punto de enlace entre el paciente y su familia, con los servicios de salud mental y el entorno escolar. (29)

16. Conclusiones

1. La ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia representan un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las repercusiones emocionales, sociales, académicas y familiares que generan.
2. La pandemia por COVID-19, el aislamiento social, el acoso escolar y el uso intensivo de tecnologías digitales han contribuido al incremento de los síntomas ansiosos y depresivos en la población infantojuvenil.
3. Los trastornos de ansiedad y depresión tienen una etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, neurobiológicos, familiares, sociales y ambientales.
4. La detección precoz resulta fundamental para prevenir complicaciones futuras, mejorar el pronóstico y evitar la cronificación de los síntomas en la edad adulta.
5. El diagnóstico debe realizarse mediante una adecuada valoración clínica, complementada con herramientas de cribado validadas adaptadas a la edad del paciente.
6. El tratamiento debe ser individualizado e integral, combinando apoyo familiar, psicoterapia, intervención escolar y, cuando sea necesario, tratamiento farmacológico supervisado.
7. Los factores protectores como la resiliencia, el apoyo familiar, las relaciones sociales

saludables, el ejercicio físico y una adecuada autoestima desempeñan un papel clave en la prevención de estos trastornos.

8. El pediatra-puericultor ocupa una posición privilegiada para la detección temprana de signos de alarma, la orientación familiar y la coordinación multidisciplinar, siendo fundamental en la promoción de la salud mental infantil y adolescente.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

2. Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E.,Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024

3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 30 abr 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

4. Mental health conditions cost global economy $1 trillion each year [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 30 abr 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up.

5. American Medical Assosiatión. Global costs of mental health conditions in children and adolescents. JAMA [Internet]. 2021 [citado 30 abr 2026]. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fulla

6. National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2022. AHRQ Pub. No. 22(23)-0030.

7. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345–365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381

8. Alizadeh, S., Shahrousvand, S., Sepandi, M. y Alimohamadi, Y. (2023). Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta- analysis. Journal of Public Health. https://doi.org/10.1007/s10389-023-02168-w

9. Ministerio de Sanidad. (2025, mayo 14). *Entre 2018 y 2022 el malestar emocional entre adolescentes aumentó hasta el 38,5%*. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6667

10. Ives, E. (2022). Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil.

Pediatría Integral, 26(1), 5–11. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-01/orientacion-de-los-trastornos-mentales-en-la-edad-infantojuvenil

11. Caspi, A., et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*(5631), 386-389. https://doi.org/10.1126/science.1083968
12. Mascaraque, N., & Micó, J. A. (2022). *Ansiedad en la infancia y adolescencia*. *Pediatría Integral, 26*(2), 77.e1–77.e8. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-02/ansiedad-en-la-infancia-y-adolescencia/
13. Méndez I, Birmaher B. Los Trastornos Depresivos Pediátricos. En: Tratado de Pediatría, tomo 2. Meneghello J (ed.). 6.ª Ed. Editorial Médica Panamericana; 2011
14. Heilmann A, Mehay A, Watt RG, Kelly Y, Durrant JE, van Turnhout J, et al. Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective studies. Lancet. 2021;398(10297):355-364. doi:10.1016/S0140-6736(21)00582-1
15. Eddy Ives LS, Ochando Perales G. Cambios sociales en la familia, la escuela y la sociedad. Su influencia en el desarrollo. Papel del pediatra. En: I Curso de psiquiatría del niño y adolescente para pediatras. Directores: Hidalgo Vicario MI y Rodríguez Hernández P. Ed. Mayo. 2017; 15: 1-12. Disponible en: https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-15-cambios-sociales-en-la-familia-la-escuela-y-la-sociedad…. […]
16. WHO Mental Health Report (2022). *orld mental health report: Transforming mental health for all*.
17. https://www.acnur.org/datos-basicos
18. https://data.unicef.org/topic/child-migration-ansplacement/displacement
19. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;S0140-6736(21)02143-7.
20. Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). *Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain*. *Frontiers in Psychology, 11*, 579038. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038
21. Balluerka, N., Aliri, J., Goñi-Balentziaga, O., & Gorostiaga, A. (2023). *Association between bullying victimization, anxiety and depression in childhood and adolescence: The mediating effect of self-esteem*. *Revista de Psicodidáctica, 28*(1), 26–34.

https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.11.001

22. Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(3), 336–348. https://doi.org/10.1111/jcpp.13190
23. Valkenburg, P. M., Meier, A., & Beyens, I. (2022). *Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence*. *Current Opinion in Psychology, 44*, 58–68. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017
24. Mendoza Paredes, R. A., & Paredes Ventura, W. S. (2023). *Resiliencia en la ansiedad y el estrés de los adolescentes*. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud, 5*(2), 103–109.
25. García Sánchez, R., & Pérez Bravo, S. (2025). *Revisión bibliográfica sobre la comorbilidad de la ansiedad infantil*. MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades Médicas, 13(1), 57–82. https://doi.org/10.62701/revmedica.v13.5431
26. Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Adolescere 2020; VIII(1): 16-27. Disponible en: https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VIII-n1-2020/Adolescere-2020-1-WEB.pdf.
27. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
28. Arroyo López, N., et al. (2022). *Guía de práctica clínica de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA)
29. Mardomingo Sanz M. J. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. En: *Manual de Puericultura y Pediatría*. 10a ed. Madrid: Sociedad Espanola de Puericultura; 2024. p. 293 -315
30. Albán Moncada SK. Carrizón Antorán EJ. Ocronos Vol. VIII. N.º 4–Abril 2025. N.º 4: 1145
31. Díez Suárez, A., & Canga Espina, C. (2022). *Trastornos del comportamiento*. Pediatría Integral, 26(2), 68-75.
32. Rodríguez Hernández P.J. Hernández González E.R. *Pediatr Integral 2017; XXI (5): 334 – 342*
33. Cortes-Vega, Aurora, Chávez-Martínez, Emmanuel A., Ochoa-Madrigal, Marta G., &

Meneses-Luna, Oscar. (2024). Esquizofrenia en adolescentes: un reto diagnóstico y terapéutico. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, *67*(6), 8-16. Epub 07 de febrero de 2025.https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2024.67.6.02

34. World Health Organization. (2025, 29 de agosto). *Trastorno depresivo (depresión)*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

35. Oteíza-Collante, Macarena, Méndez, Iría, Santamarina-Pérez, Pilar, & Romero, Soledad. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatría Atención Primaria*, *25*(97), 83-93. Epub 27 de febrero de 2024.

36. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

37. Defunciones por suicidios; resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo. En: Instituto Nacional de Estadística

38. World Health Organization. (2025). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud. (38)

39. Criterios diagnósticos de depresión según DSM-5-TR en infancia y adolescencia(39)

40. Soutullo, C. (2022). *Depresión mayor en niños y adolescentes*. Pediatría Integral, 26(2), 83.e1–83.e16. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/depresion-mayor-en-ninos-y-adolescentes

41. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Protocolos del niño sano. En: Protocolos clínicos. Madrid: Ed. Siglo SL; 2010. p. 8-41. Disponible en: https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf.

42. Gutiérrez Casares JR, Pino Calderón JP, Lozano Gómez VN. Evaluación clínica. Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, eds. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Elsevier España SLU; 2021. p. 86-97.

43. Spielberger CD. STAIC. Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado en Niños. Disponible en: http://web.teaediciones.com/staic-cuestionario-de-ansiedad-estadorasgo-en-ni%C3%B1os.aspx.

44. Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

45. *Saylor, C. F.; Finch Jr, A. J.; Spirito, A.; Bennett, B. (1984). "The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52 (6): 955–967. doi:10.1037/0022-006x.52.6.955. PMID 6520288*

46. Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L., Wharff, E. A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P., & Pao, M. (2012). *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department*. *JAMA Pediatrics, 166*(12), 1170–1176. (46)

47. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(5), 581–586. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x (47))

48. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS

49. Heiervang ER, Villabo MA, Wergeland GJ. Cognitive behavior therapy for child and adolescents anxiety disorders: an update on recent evidence. Curr Opin Psychiatry. 2018; 31: 484-9.

50. Pulzara Velasco, Diana Marcela, & Ospina Pinillos, Laura. (2024). Síndrome de Activación en Niños y Adolescentes Tratados con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *53*(2), 184-191. Epub October 10, 2024.https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.03.005