

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia



J. Cornellà i Canals

Escuela Universitaria de Salud y Deporte, EUSES – Universitat de Girona
Gabinet Dr. Cornellà. Girona

Resumen

La adolescencia no es una enfermedad. Se trata de una etapa de cambios físicos, psíquicos y de relaciones sociales en que aparecen conductas que pueden plantear dudas con respecto a la normalidad. El diagnóstico diferencial entre la normalidad (crisis normal de la adolescencia) y el inicio de un trastorno psicopatológico es una tarea importantísima en la atención a la salud integral del adolescente. Es importante aprender a establecer los límites entre lo normal y lo patológico. Es importante recordar que nos encontramos en una etapa evolutiva del desarrollo y que, por lo tanto, se hace indispensable no tener prisa en establecer un diagnóstico definitivo. En este trabajo, se repasan las claves de los principales trastornos, incidiendo en la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial, clave para toda actuación terapéutica.

Abstract

The adolescence is not a disease. It is a stage of physical, psychic changes and of social relations, during which do appear behaviours that can raise doubts with regard to normality. The differential diagnosis between normality (normal crisis of the adolescence) and the beginning of a psychopathological disorder is a most important task in the attention to the adolescent's integral health. It is important to learn how to establish the limits between the normal and the pathological thing. It is important to remember that we are on an evolutionary stage of development and that, therefore, it becomes indispensable not to be in a hurry to establish a definitive diagnosis. In this work the keys of the main upheavals are reviewed, affecting the necessity of a correct differential diagnosis, key for all therapeutic approach.

Palabras clave: Adolescencia; Depresión; Ansiedad; Suicidio; Esquizofrenia.

Key words: Adolescence; Depression; Anxiety; Suicide; Schizophrenia.

Pediatr Integral 2013; XVII(3): 197-204

Adolescencia: los difíciles límites de una crisis

La atención a la salud integral del adolescente debe empezar con una buena historia clínica que permita diferenciar lo normal de lo patológico.

La llamada crisis de la adolescencia ha servido de coartada durante mucho tiempo para entender (o desentender) la conducta del adolescente. No cabe duda de que se trata de una

crisis importante, una “crisis de originalidad”, en palabras de Maurice Debesse. Atendiendo a la crisis, se puede incurrir en el error de no dar la suficiente importancia a una situación prodrómica de un trastorno psicopatológico. Y, a su vez, con la irrupción de los manuales de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-IV y siguientes) se ha podido interpretar como patológico aquello que era una variante de la normalidad o una situación de riesgo que requería,

más que diagnóstico, un seguimiento adecuado.

La crisis de la adolescencia supone una desorganización temporal, una situación de incertidumbre entre las seguridades de la infancia y las incógnitas de la edad adulta. Esta crisis plantea un grave interrogante: ¿dónde establecer el límite entre lo normal y lo patológico? Sin negar la situación de crisis adaptativa que vive el adolescente, hay que tomar en consideración la sintomatología que

presenta para entender si se sitúa en el contexto de su vida y de entorno, o si va más allá de sus límites. En Psiquiatría del niño y del adolescente, es importante recuperar los conceptos básicos de la psicopatología y abordar la aproximación al paciente desde los síntomas que le restan calidad de vida y le pueden incomodar. La valoración del síntoma nos llevará a hablar de “diagnóstico funcional” antes que poner una etiqueta concreta. Pero se trata, sin duda, de un diagnóstico funcional que nos permite iniciar las acciones terapéuticas que se estimen oportunas, sin dilación de tiempo.

La recuperación de los conceptos básicos de la psicopatología nos obliga a realizar una historia clínica bien documentada, comenzando con las tres preguntas hipocráticas que permiten dar a la historia clínica un sentido global, narrativo, evitando centrar de entrada en una sospecha diagnóstica concreta.

- ¿Qué te pasa?
- ¿Desde cuándo te pasa?
- ¿A qué lo atribuyes?

A partir de aquí y de acuerdo con los protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente⁽¹⁾, podemos clasificar las variables de la normalidad, los signos de riesgo (que obligan a un seguimiento) y los signos de alarma en nueve grandes grupos sintomáticos. Se sistematizan en las tablas I, II y III.

Personalidad y psicopatología

El conocimiento de las dimensiones del carácter permite comprender síntomas de malestar psicológico en el adolescente.

La personalidad del adolescente incluye el temperamento y el carácter (Fig. 1). Conocer el temperamento ayuda a comprender los límites de la psicopatología. Nos basamos en el modelo que propone Cloninger^(2,3). La evaluación del temperamento se basa en cuatro mecanismos psicobiológicos de adaptación al entorno, que se corresponden con cuatro dimensiones, basadas en predisposiciones emocionales estables a lo largo del desarrollo. Cada una de estas dimensiones agrupa un conjunto de características conductuales, emocionales y cognitivas que la definen, y están asociadas a determinados sistemas cerebrales que modulan la activación, el mantenimiento y la inhibición de la conducta en respuesta a tipos específicos de

Tabla I. Variables de la normalidad en el adolescente

1. **Sueño:** muchos adolescentes, por hábito cultural o cambio del ritmo circadiano, duermen menos, se duermen más tarde y presentan, a veces, somnolencia diurna

2. **Alimentación:** un elevado porcentaje de la población femenina y un porcentaje menor de la población masculina llevan a cabo dietas restrictivas, debido a que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina en la adolescencia

3. **Psicomotricidad:** muchos adolescentes presentan estereotipias o manierismos sin una significación patológica

4. **Sexualidad:** son frecuentes la masturbación, la curiosidad sexual y el *peeting* (caricias y tocamientos sexuales con otra persona). Se ha estimado que un 40-60% de adolescentes realizan el acto sexual completo. Es normal que pueda existir cierta incertidumbre respecto a la propia identidad sexual

5. **Pensamiento:** la intelectualización es una de las formas típicas del pensamiento adolescente, y le lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos o sociales. Pueden aparecer periodos místicos o de un ateísmo absoluto

6. **Comunicación y lenguaje:** las transformaciones corporales despiertan sentimientos de miedo y vergüenza en algunos adolescentes, y sentimientos de orgullo y cierto exhibicionismo en otros. Muchos adolescentes, ante los conflictos, tienen dificultad para explicarse y, por tanto, para simbolizar y comunicar lo que sienten o piensan

7. **Atención:** muchos adolescentes presentan falta de concentración en las tareas externas, al depositar toda la carga afectiva en sí mismos

8. **Conducta:** muchas veces el adolescente se cree en posesión de la verdad, y actúa más que piensa. El paso al acto (cólera clásica, agresión, robo, fuga...), si se da de forma aislada, no señala una patología

9. **Afectividad:** los cambios de humor son típicos de la adolescencia. Pueden aparecer periodos de frustración y desaliento, aburrimiento, sentimientos de soledad y desesperanza en el adolescente normal. En otras ocasiones se dan periodos de elación y euforia desmedidos también de forma normal

Tabla II. Signos de riesgo (requieren seguimiento)

1. **Sueño:** insomnio de corta duración (menos de tres semanas) no asociado a sintomatología psiquiátrica grave. Sonambulismo. Terrores nocturnos

2. **Alimentación:** dieta restrictiva acompañada de cierto trastorno del esquema corporal o de miedo moderado a engordar, sin una pérdida significativa de peso (índice de masa corporal >17,5). Atracones esporádicos en ausencia de conductas compensatorias (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos...). Hiperfagia o disminución del apetito importantes de tipo reactivo, sin otros síntomas psiquiátricos

3. **Psicomotricidad:** tics motores transitorios (menos de un año de duración)

4. **Sexualidad:** exacerbación de las conductas sexuales normales en la adolescencia. Inhibición de la respuesta sexual. Sexualidad prematura, indiscriminada o promiscua

5. **Pensamiento:** obsesiones y compulsiones pasajeras o que no perturban la vida cotidiana del adolescente. Preocupaciones excesivas pero no incapacitantes sobre la silueta, sobre una parte del cuerpo o sobre los caracteres sexuales. Preocupaciones hipocondríacas moderadas o transitorias

6. **Comunicación y lenguaje:** timidez y/o eritrofbia moderadas. Miedo a la relación con el otro sexo

7. **Atención:** distraibilidad o inatención excesivas de inicio reciente

8. **Conducta:** pasos al acto esporádicos (fugas, robos, gestos de violencia, conducción peligrosa...) no asociados a otros síntomas psiquiátricos. Consumo ocasional de alcohol o *cannabis*

9. **Afectividad:** reacciones depresivas o ansiosas moderadas frente a acontecimientos estresantes. Tendencia a la preocupación excesiva ante acontecimientos futuros. Tendencia a la baja autoestima y a los sentimientos de culpa. Tendencia al aburrimiento crónico. Alexitimia (dificultad para expresar los afectos en palabras)

estímulos. Las cuatro dimensiones del temperamento humano son:

- **Búsqueda de lo novedoso:** tendencia a responder activamente ante estímulos nuevos, con aumento de la actividad exploratoria, impulsividad en la toma de decisiones y respuestas, y evitación activa de la frustración.
- **Evitación del peligro:** tendencia a inhibir estímulos que despiertan aversión de conductas, comportamientos evitativos, miedo a la incertidumbre, timidez ante extraños.
- **Dependencia de la recompensa:** capacidad de resistirse a la extinción o el mantenimiento de un comportamiento. Hay sentimentalismo, apego social y dependencia de la aprobación externa.
- **Perseverancia:** opuesta a frustración y fatiga.

Cada una de estas dimensiones del temperamento se corresponde con unas características del actuar psíquico del adolescente, que pueden confundirse con situaciones patológicas (Tabla IV).

El carácter se define a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, y se compone de metas, valores, estrategias de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y sobre el entorno. Las dimensiones del carácter (autodirección, cooperación, autotranscendencia) tienen baja heredabilidad, se modifican a lo largo de la vida y maduran en la edad adulta. Se trata de dimensiones que van a influir en las actitudes voluntarias y en la efectividad personal y social. Por ejemplo:

- La **sintomatología depresiva** se acompaña de puntuaciones elevadas en la evitación de daños y más bajas en la autodirección, la cooperación y la autotranscendencia. Los rasgos de personalidad hacen a los adolescentes más o menos vulnerables ante las situaciones de estrés y más o menos cualificados para hacer frente a las situaciones que exigen una adaptación dura⁽⁴⁾. Los adolescentes con depresión mayor tienen niveles de evitación del daño más elevados que en el caso de distimia depresiva⁽⁵⁾.
- En lo que se refiere a **trastornos de conducta alimentaria**, una mayor búsqueda de lo novedoso se asocia con un Índice de Masa Corporal (IMC) más elevado en ambos sexos; mientras que, la menor dependencia

Tabla III. Signos de alarma (requieren derivación especializada)

1. **Sueño:** insomnio de larga duración (más de tres semanas). Insomnio asociado a sintomatología psiquiátrica grave. Narcolepsia. Apnea del sueño
2. **Alimentación:** dieta restrictiva, con importante trastorno del esquema corporal o miedo intenso a engordar; o pérdida significativa de peso (índice de masa corporal <17,5). Atracones recurrentes o esporádicos, acompañados de conductas compensatorias (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos...). Hiperfagia o pérdida de apetito asociados a síntomas psiquiátricos graves
3. **Psicomotricidad:** tics motores crónicos (más de un año de duración). Agitación o inhibición psicomotriz. Inquietud grave y persistente
4. **Sexualidad:** abusos sexuales hacia otros menores. Transexualismo (deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto)
5. **Pensamiento:** obsesiones y compulsiones reiteradas y que perturban la vida cotidiana del adolescente. Preocupaciones hipocondríacas graves y persistentes. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico que provoca grave malestar. Ideas delirantes. Disgregación o incoherencia del pensamiento. Inhibición o aceleración persistente del pensamiento. Fuga de ideas
6. **Comunicación y lenguaje:** fobia social grave. Retraimiento grave. Verborrea grave y persistente. Mutismo. Tartamudez. Ecolalias. Neologismos
7. **Atención:** distraibilidad o inatención grave y/o persistente
8. **Conducta:** pasos al acto repetidos o de extrema gravedad. Abuso de alcohol u otras drogas. Autoagresiones e intentos de autólisis
9. **Afectividad:** tristeza o alegría patológicas. Angustia patológica. Indiferencia o frialdad afectiva persistente. Anhedonia

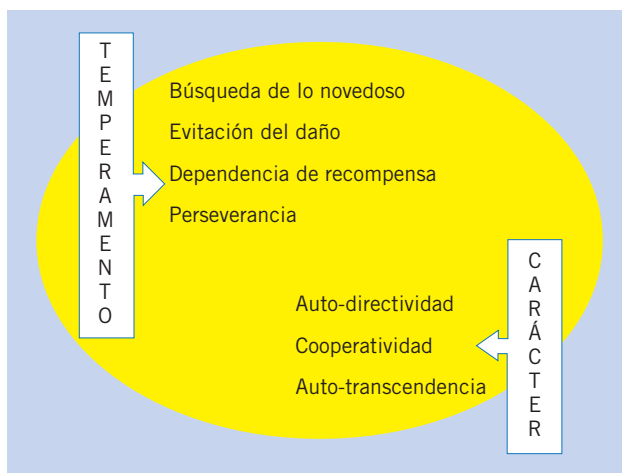


Figura 1. La personalidad: temperamento y carácter.

de la recompensa es predictiva de un mayor IMC en mujeres. El conocimiento de los rasgos de la personalidad puede ser fundamental en las acciones preventivas. En hombres, el mayor IMC se asocia con el aumento de la búsqueda de novedad y de la autotranscendencia, pero las mayores correlaciones se observan en mujeres. El conocimiento de la personalidad es útil para motivar a la pérdida de peso y diseñar intervenciones de control de peso⁽⁶⁾.

- El **consumo de sustancias** implica una etiopatogenia compleja con par-

ticipación de la persona, el entorno y las sustancias adictivas. El abuso de alcohol se ha relacionado con un temperamento sensible (elevada búsqueda de la novedad y evitación del daño). En general, se ha relacionado la búsqueda de la novedad, junto con una personalidad inmadura, con el riesgo general para la adicción a las drogas. Los factores de personalidad constituyen indicaciones útiles para el trabajo preventivo con las personas jóvenes con factores de riesgo de personalidad para la drogadicción⁽⁷⁾.

Tabla IV. Las dimensiones del temperamento y sus expresiones

Temperamento y estilos de personalidad		
	Puntuación elevada	Puntuación baja
Búsqueda de lo novedoso	Curiosos Impulsivos Irascibles Desordenados	Reflexivos Ordenados
Evitación del daño	Aprensivos Tímidos Pesimistas Tendencia a la fatiga	Optimistas Despreocupados Extrovertidos Con energía desbordante
Dependencia de la recompensa	Sentimentales y sensibles Compasivos Abnegados Persistentes	Insensibles Pragmáticos Irresolutos Desligados

Adversidades de la vida y psicopatología

Hay que prestar especial atención al entorno social para entender la psicopatología.

Uno de los predictores de la psicopatología en la adolescencia es la presencia de adversidades durante la niñez. Se asocian con el 28,2% de trastornos psiquiátricos⁽⁸⁾. En la actualidad, desde la pediatría de Atención Primaria, es importante estar muy atentos a estas situaciones, como son:

- *La pérdida de los padres.* Además del fallecimiento, deben considerarse las situaciones de separación y divorcio, no siempre bien explicitadas a los niños. Debido a la actual crisis económica, hay familias en que los padres viven en la misma casa, aunque la situación es de “divorcio emocional”, causando graves alteraciones en los niños.
- *Situaciones de maltrato.* A menudo silenciadas. Incluyen la negligencia, amparada y justificada desde muy diversos ámbitos, y los abusos. Además de los abusos físicos y sexuales, hay que considerar los abusos emocionales.
- *Los desajustes en la familia,* como pueden ser psicopatología en los padres, consumo de sustancias, violencia y criminalidad. Son situaciones que pueden dar lugar a trastornos de conducta en la adolescencia.
- *Las dificultades económicas* que derivan de una crisis que va en au-

mento y que afecta a muy diversos aspectos de la vida del niño.

Patología psiquiátrica en la adolescencia

La patología psiquiátrica del adolescente debe ser individualizada en función de la edad y de las circunstancias asociadas a la crisis.

La atención a la salud integral del adolescente debe tener una importante consideración hacia la psicopatología. Es difícil imaginar una “medicina del adolescente” sin tener en cuenta los aspectos que se refieren a su salud mental. Son estos aspectos los que determinan unas situaciones distintas de la infancia y de la edad adulta.

¿Podemos decir que existe, realmente, una patología psiquiátrica propia de la edad adolescente? Jeammet⁽⁹⁾ justifica que la situación de la adolescencia merece ser individualizada, por las siguientes razones:

- Existe una patología psiquiátrica que, por su frecuencia y sus particularidades, tiene una cierta especificidad propia de esta edad.
- Además, entran en juego elementos y retos muy específicos que concierne al devenir de la personalidad, creando situaciones de riesgo, entre el sentimiento de omnipotencia y el de invulnerabilidad.
- La etapa adolescente es fundamental para detectar trastornos precursores de la patología psiquiátrica del adulto y poder iniciar acciones preventivas.

- Muchas de las dificultades psíquicas y de comportamiento del adolescente no tienen significado si se extraen del contexto propio de esa edad.

Esta situación supone una necesaria reflexión sobre la importancia del síntoma en un contexto determinado que exige ser cautos en las etiquetas diagnósticas. Atendiendo a la situación evolutiva del adolescente, prefiero hablar de “diagnóstico funcional”, resistiendo a menudo a la tentación de utilizar las categorías del DSM-IV. Ello permite actuar de una manera más cercana al adolescente y a su entorno más inmediato, a sabiendas de que un mismo síntoma puede tener distintos significados en función del contexto en que se produce.

Las fugas y vagabundeos

La fuga corresponde a una marcha o huida, a menudo impulsiva, del medio habitual del adolescente: la familia o la institución. Revela siempre una situación conflictiva que no siempre es claramente percibida por el adolescente. La fuga es, a menudo, un intento de evitar una situación de angustia o un modo de vivir depresivo. Si bien la fuga no tiene por qué tener un carácter patológico, debe ser considerada como síntoma de un conflicto interior, a menudo adaptativo, que requiere nuestra atención. Cuando existe una fuga planificada, con menos impulsividad, suele haber un sustrato psicopatológico más grave.

Las conductas auto o heteroagresivas

Los cuadros de agresividad y violencia pueden ser frecuentes en el adolescente y no siempre se corresponden con un trastorno de conducta. A menudo, es difícil entender estos cuadros desde una perspectiva diagnóstica concreta si no se entiende el contexto relacional y afectivo en que se producen.

En el plano de la autoagresividad, existe una gama muy amplia de conductas, desde las menos graves (quemaduras con cigarrillos, por ejemplo) hasta las más graves (como las tentativas de suicidio), con una gravedad y un significado muy diferentes.

Las tentativas de suicidio son un ejemplo de la complejidad y los peligros del etiquetaje de los trastornos en el adolescente. Hay que considerar el contexto del entorno conflictivo en que

vive el adolescente. Solamente en una cuarta parte de los adolescentes que han llevado a cabo una tentativa de suicidio se puede diagnosticar un cuadro psiquiátrico concreto. Por ello, los signos de alarma deberán ser indagados en el contexto familiar y social, así como en los cambios del adolescente: pérdida relacional, disminución de los intereses, repliegue sobre sí mismo.

Las conductas de adicción

Las podemos entender como el desarrollo de una dependencia del adolescente hacia la satisfacción de una necesidad y del producto que procura ésta. El adolescente manifiesta una apetencia por la dependencia y una propensión a la escalada. Podemos hablar de dependencia al alcohol y a otras drogas. Pero también aparecen conductas de tipo adictivo en los trastornos de la conducta alimentaria. La forma de dependencia será distinta en una toxicomanía o en una bulimia. Pero en todos los casos existe el desplazamiento de unas dificultades relacionales y un miedo de la dependencia afectiva a productos (drogas o alimentos) y una conducta con la que intenta regular sus tensiones internas y unas necesidades afectivas no resueltas. El producto y la conducta llegan a ser el centro neurálgico de su vida y su preocupación esencial, a pesar de que intente luchar contra la dependencia. Hay que considerar también las adicciones a las actividades lúdicas: ludopatía de videojuegos y ludopatía de gasto dinerario⁽¹⁰⁾.

No podemos olvidar la actualidad de la llamada “*patología dual*” en el adolescente, o concurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el mismo individuo. En realidad, este término es una analogía de la comorbilidad diagnóstica que resulta de la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias. El trastorno psiquiátrico puede ser secundario al consumo de sustancias, o viceversa. También pueden coexistir ambos trastornos de forma independiente. Se ha observado cómo algunos trastornos afectivos, opositoristas, trastornos del curso del pensamiento y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen preceder al trastorno por uso de sustancias. Se habla entonces de la hipótesis de la automedicación^(11,12).

El cuerpo, centro de la vida del adolescente

Ya que el cuerpo es la sede de los cambios de la pubertad, a través del mismo se expresa, se afirma y se reafirma la identidad sexuada del adolescente.

Las quejas somáticas pueden ser una forma genuina que tiene el adolescente para expresar sus dificultades, sus sentimientos de insatisfacción y de carencia, siendo, a la vez, una reivindicación frente a los demás. A veces, se presentan en forma de crisis hipocondríacas agudas, con un estado de pánico y temores a estar afectado por una enfermedad incurable. Se trata de temores que, a menudo, conciernen al corazón.

Las **dismorfofobias** son características de la adolescencia. Se trata de preocupaciones anormales que conciernen a la estética del cuerpo. A menudo revisten características de tipo obsesivo más que fóbico. Ponen al descubierto una personalidad frágil para asimilar los cambios corporales y las exigencias afectivas de la pubertad. Muy a menudo pasan desapercibidas si no existe una situación de confianza entre el adolescente y su médico. A menudo, se refieren a la silueta general del cuerpo, o a partes concretas: la nariz, los senos, las nalgas, los muslos y, por supuesto, los órganos genitales. Pueden ser motivo de serias preocupaciones en adolescentes de ambos sexos.

Los déficit de atención

Es importante, en la adolescencia, considerar el síntoma “déficit de atención” dentro de las posibilidades que puede ofrecer el diagnóstico diferencial. La distracción en el adolescente puede ser indicador de un malestar interno con múltiples causas. Los cuestionarios que se emplean para el diagnóstico del TDAH no son útiles. Hay que evitar quedarse con unos criterios muy definidos por el DSM-IV e ir más allá, indagando en los aspectos adaptativos, emocionales y relacionales. El déficit de atención puede ser un síntoma de ansiedad, de depresión, de consumo de sustancias, etc. Solamente desde una cuidadosa historia clínica, capaz de ahondar en la semiología, se podrá hacer una aproximación al “diagnóstico funcional” que nos permita un abordaje terapéutico hacia el adolescente.

En el momento actual, con un mercado sobresaturado de información so-

bre el TDAH, es importante no olvidar el sentido crítico y no refugiarse en la idea de comorbilidad para evitar hacer una adecuada reflexión sobre las posibilidades de diagnóstico diferencial⁽¹³⁾. Con todas las limitaciones, estudios actuales insisten en que los síntomas del TDAH influyen poderosamente en la presentación clínica de los **trastornos límites de personalidad en adolescentes**. ¿Hablamos de comorbilidad? ¿Hablamos de concurrencia sintomática? A nivel sintomático, destacan las conductas disruptivas, y la mayor impulsividad de tipo atencional/cognitiva⁽¹⁴⁾.

Las conductas de inhibición

Se trata de un capítulo importante y que, en un mundo que cada vez más facilita la vida “en solitario”, con el adolescente ensimismado ante la tecnología informática, pueden pasar desapercibidas. Nos referimos a:

- *Inhibición del pensamiento*. Existe un desinterés repentino hacia las actividades intelectuales, disminución de la actividad escolar, o una selectividad muy específica hacia un área concreta de conocimiento. Puede conducir a situaciones de absentismo y de fracaso escolares.
- *Inhibición de la vida de relación*, con restricción de contactos y de actividades sociales. Sin llegar a una fobia social, existe un aislamiento que es fuente de preocupación en los padres. Suele asociarse con situaciones de timidez y de eritrofobia, muy frecuentes en la adolescencia, con miedo a ruborizarse en público.
- *Conductas de retirada*. A veces, existe simplemente una restricción de contactos sociales, y una disminución de los intereses. En otras ocasiones, existen situaciones de ruptura, mucho más preocupantes, con reclusión del adolescente en su habitación, interrupción de todas sus actividades, clinofilia (tendencia a permanecer tumbado en la cama) y apragmatismo.

El adolescente y la depresión

La depresión se presenta como paradigma de la enfermedad mental en el adolescente.

La enfermedad depresiva claramente definida, no difiere mucho, en cuanto a

su sintomatología, de la del adulto. Pero, al tratar de psicopatología específica del adolescente, no podemos obviar las manifestaciones depresivas más fácilmente detectables en el adolescente que, a menudo, no indican, de entrada, la sospecha de un trastorno depresivo. Encontramos:

- Quejas somáticas.
- Morosidad: falta de apetencia por el mundo y sus objetos. El adolescente se queja de la falta de intereses, del aburrimiento y del sentido de vacío.
- Las diferentes formas de inhibición.
- A menudo, muchos trastornos del comportamiento de los adolescentes no son otro tanto que equivalentes depresivos. En el fondo, el adolescente intenta impedir la experiencia depresiva desde la conducta opositora.

Aspectos preventivos

Dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en los hijos de los adultos con estos trastornos, son importantes las intervenciones de prevención, para evitar la internalización de los trastornos mentales en niños y adolescentes. Es importante que se puedan ofrecer guías preventivas desde los servicios de salud mental y de Atención Primaria. Es importante prestar atención a la familia como un todo, y utilizar las herramientas para la detección precoz en niños de alto riesgo, así como una intervención orientada a reducir los síntomas y aumentar la resiliencia⁽¹⁵⁾.

Aspectos terapéuticos

Tras la alarma producida con respecto al posible aumento de tasas de suicidio en los niños y adolescentes que recibían tratamiento antidepressivo con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, el consenso actual, con numerosas evidencias clínicas, indica que tal riesgo no existe. Los consensos actuales insisten en la gravedad de la enfermedad depresiva en niños y adolescentes, y que los beneficios del tratamiento son mayores que el riesgo potencial. Asimismo, se verifica que con la combinación de tratamiento farmacológico asociado a la terapia cognitivo-conductual, se obtienen los mejores resultados⁽¹⁶⁾. Pero, para obtener la esperada eficacia y evitar las recaídas, el tratamiento farmacológico debe ser largo (dos años), y siempre supervisado.

El adolescente que delinque: algunas consideraciones

Las conductas antisociales en el adolescente constituyen una patología emergente, con importante repercusión social.

Hay que volver a conceptos clásicos, abandonados en aras de las clasificaciones del DSM-IV. Por lo tanto, hay que considerar la psicopatía como trastorno importante en la adolescencia, especialmente cuando se asocia a la depresión. Existen, de hecho, tasas elevadas de asociación de ambas entidades clínicas. Prueba de ello es el creciente interés por la psiquiatría forense del adolescente que ha cometido un delito. Estudios recientes han mostrado cómo la psicopatía y la depresión interactúan para predecir mayores niveles estadísticamente significativos de ira, agresividad, problemas interpersonales y el uso de sustancias. El tema es importante al abordar los conflictos derivados de la justicia juvenil. Deberían adaptarse los programas de evaluación y tratamiento de los adolescentes que delinquen, a fin de orientar debidamente los trastornos susceptibles de tratamiento psiquiátrico⁽¹⁷⁾.

La esquizofrenia en adolescentes

Se trata de un trastorno mental grave, cuya detección y tratamiento precoces son decisivos.

Los trastornos psicóticos en adolescentes se hallan entre las enfermedades de mayor gravedad. Además de ser enfermedades con una alta carga de estigma para el que la padece, causan un marcado deterioro cognitivo y, *por ende*, funcional, siendo éste mayor cuanto más precoz sea la aparición de la enfermedad. La característica discriminante de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada), a pesar de que éstos no son exclusivos de esta patología.

Los cuadros de esquizofrenia que aparecen durante la adolescencia (entre los 13 y los 18 años) se denominan Esquizofrenia de Inicio Precoz (*Early Onset Schizophrenia*). La prevalencia general de esta enfermedad se sitúa en torno al 1% entre los 14 y los 55 años. Es infrecuente su aparición antes de los 12 años (1/10.000 niños).

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos grupos: positivos y negativos. Los síntomas positivos engloban las alucinaciones, las ideas delirantes y el trastorno del pensamiento; mientras, que los negativos se refieren a déficits, como: aplanamiento afectivo, intensa apatía, alteraciones en las emociones, anhedonia y falta de interés e iniciativa. En función de los síntomas predominantes, podemos clasificar la esquizofrenia en paranoide, catatónica, hebefrénica, indiferenciada, residual, simple y trastorno esquizofreniforme.

El diagnóstico de la esquizofrenia en adolescentes se realiza a través de los mismos criterios clínicos que los que se utilizan para los adultos.

Para un clínico experimentado, no es difícil diagnosticar correctamente a un paciente con esta patología. Lo que quizás posea mayor interés y también dificultad sea la identificación y manejo de los cuadros prodrómicos de la esquizofrenia; aquellos síntomas y signos precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente, y que preceden la instauración aguda y completa de la enfermedad (Tabla V). Los pródromos de la esquizofrenia están constituidos por un grupo heterogéneo de manifestaciones que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen cambios en la conducta externa como consecuencia de cambios en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto. La mayoría de individuos con esquizofrenia han experimentado estos cambios, que incluyen disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad. Se trata de manifestaciones muy inespecíficas y variables, pero que advierten al clínico de la necesidad de descartar, también en función de la evolución, una esquizofrenia.

Impulsar programas de detección precoz de primeros episodios de psicosis en edades tempranas ayuda a reducir los intentos de suicidio de estos pacientes, al mismo tiempo que disminuyen los ingresos hospitalarios y mejora la satisfacción del paciente y sus familiares. Actualmente, muchos pacientes llegan tarde a la primera consulta de psiquiatría. La detección precoz posibilita que estos pacientes entren en programas terapéu-

Tabla V. Síntomas prodrómicos de la esquizofrenia

1. Síntomas inespecíficos de tipo neurótico afectivo. Ansiedad, irritabilidad, depresión, inestabilidad afectiva, sentimientos de culpabilidad, falta de confianza...
2. Alteraciones cognitivas. Déficit de atención y concentración, pérdida de capacidad de abstracción, bloqueos de pensamiento, excesiva preocupación, tendencia al ensimismamiento
3. Síntomas psicóticos negativos. Apatía, anhedonia, retraimiento social, pobreza del habla, afecto restringido
4. Síntomas psicóticos positivos atenuados. Ideas de referencia, pensamientos extravagantes o mágicos no consistentes con el contexto cultural, alteraciones perceptivas, ilusiones corporales...
5. Síntomas psicóticos positivos, breves y transitorios. Alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento, de duraciones comprendidas entre minutos y una semana

tics en los que se puede combinar el tratamiento farmacológico con la psicoterapia. Ya que las intervenciones tempranas siempre son efectivas, posiblemente una buena medida preventiva sería actuar en los centros de enseñanza secundaria. No se trata de una tarea sencilla, pues hay que vencer distintas objeciones y hay que evitar el alarmismo y los falsos diagnósticos. Por ello, es muy importante que no se inicie ningún programa sin que exista experiencia previa (siempre es mejor “replicar” programas ya existentes y que han demostrado su valía) que hacer “programas piloto”. La posibilidad de una buena formación a los docentes podría ayudar mucho a la detección precoz.

Existe todavía un efecto tabú al hablar de esquizofrenia. Esto va en detrimento de la calidad de vida de los pacientes. A menudo, los pacientes llegan a los servicios de salud mental con un retraso de dos años, pues antes se han ofrecido diagnósticos diversos, en una confusión de síntomas o con un falso afán compasivo de evitar alarmas. El diagnóstico y tratamiento precoces de la esquizofrenia significa evitar años de sufrimiento para el paciente y su familia.

Para terminar: nuevas perspectivas

La situación global de nuestro mundo hace que nos debamos plantear la psicopatología del adolescente desde nuevas perspectivas, como son los cambios sociales a los que se exige una rápida adaptación, y las consecuencias de la situación de globalización e inestabilidad económica en el mundo. A pesar de los avances terapéuticos, la realidad es que aumenta la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes.

Asistimos a unos cambios importantes en la psicopatología del adolescente⁽¹⁸⁾. Existen algunos focos de interés:

- Los trastornos de personalidad.
- El suicidio y su prevención.
- La psicofarmacología.
- Los síntomas asociados al trastorno por déficit de atención.
- Las situaciones complejas en que vive el niño adoptado y las dificultades para comprender lo relacionado con el defecto de vinculación afectiva. Existe una evidencia de aumento de maltrato en adolescentes adoptados.
- Los trastornos psicósomáticos.

Esta revisión pretende dejar la puerta abierta hacia el mejor conocimiento de la salud mental del adolescente. Se han apuntado algunos aspectos que nos preocupan. Pero nos quedan muchos en el tintero, pues cada uno de los epígrafes de este artículo admitiría un amplio desarrollo. La intención de lo que queda aquí escrito es “seducir” hacia un mejor conocimiento de las dificultades psicológicas del adolescente en su adaptación, y poder descubrir a tiempo aquellos signos que requieren una vigilancia y un estudio más a fondo. Ante la proliferación de informaciones diversas y en distintos medios, debe imponerse el espíritu reflexivo y crítico, sin abusar de diagnósticos, atendiendo siempre a la complejidad de la personalidad del adolescente que nos consulta.

Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra que atiende a adolescentes debe estar capacitado para tranquilizar a los padres y adolescentes ante aquellos síntomas que son variantes de

la normalidad. Y, desde el conocimiento de las características psicosociales y temperamentales del adolescente, debe considerar la oportunidad de una derivación al psiquiatra, el especialista que está cualificado para evaluar, diagnosticar y tratar al paciente adolescente con patología psiquiátrica. Asimismo, el pediatra podrá colaborar en el seguimiento, dentro del equipo interdisciplinar.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. *Protocolos Clínicos*. Las Rozas, Madrid: Editorial Siglo, SL; 2010.
2. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(12): 975-90.
- 3.** Cornellà J. ¿Qué es el temperamento? *An Pediatr Contin*. 2010; 8: 231-6.
4. Na KS, Oh SJ, Jung HY, Lee SI, Kim YK, Han C, et al. Temperament and character of young male conscripts with adjustment disorder: a case-control study. *J Nerv Ment Dis*. 2012; 200(11): 973-7.
5. Dinya E, Csorba J, Grósz Z. Are there temperament differences between major depression and dysthymic disorder in adolescent clinical outpatients? *Compr Psychiatry*. 2012; 53(4): 350-4.
6. Hintsanen M, Jokela M, Cloninger CR, et al. Temperament and character predict body-mass index: A population-based prospective cohort study. *J Psychosom Res*. 2012; 73(5): 391-7.
7. Milivojevic D, Milovanovic SD, Jovanovic M, Svrakic DM, Svrakic NM, Svrakic SM, et al. Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *Am J Addict*. 2012; 21(5): 462-7.
8. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood Adversities and First Onset of Psychiatric Disorders in a National Sample of US Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(11): 1151-60.
- 9.*** Jeammet PH. Psicopatología de la adolescencia. En: Rodríguez Sacristán J, ed. *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones; 1995. p. 977-1016.
- 10.*** San Sebastián J. Adicciones a las nuevas formas lúdicas. En: Crespo D, Muñoz A, eds. *Psicopatología en la clínica pediátrica*. 2010. Madrid: Ergon; 2010. p. 157-68.
11. San L. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre patología dual. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.
- 12.** Casas M. Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. *Psiquiatría.com* 2007; 11(4).

13.*** Cornellà J. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *An Pediatr Contin.* 2010; 8(6): 299-307.

14. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottez A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 2011; 11: 158.

15. Nauta MH, Festen H, Reichart CG, et al. A Multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry.* 2012; 12: 31.

16.*** Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil. Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil.* 2004; 21(3): 147-8.

17. Price SD, Salekin RT, Klinger MR, Barker ED. Psychopathy and Depression as Predictors of Psychosocial Difficulties in a Sample of Court Evaluated Adolescents. *Personal Disord.* 2012 Oct 22. [Epub ahead of print].

18. Daneš-Brozek V. Contemporary characteristics of the developmental age psychopathology. *Psychiatr Danub.* 2012; 24(Suppl 3): 384-7.

Bibliografía recomendada

– Cornellà Canals J. Hablemos de la adolescencia. Girona: CCG Edicions; 2009. Se trata de un libro que, sin ofrecer soluciones mágicas, presenta la adolescencia desde la normalidad y desde aquellas características que pueden suponer un riesgo para su salud integral.

– Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Madrid: Narcea SA; 2002. Aunque este libro se ha escrito para padres y educadores, considero que se trata de un muy buen tratado de psiquiatría infanto-juvenil escrito en un lenguaje claro y conciso, donde no se olvidan los aspectos biológicos que conviven con los psicológicos. Es un libro de gran ayuda para el pediatra.

– Toro Trallero J. El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2010. Se agradece un “libro de autor” sobre la adolescencia, donde el profesor Toro expone lo que ha sido su larga vida de experiencia en la docencia y en la asistencia. Desgrana muy bien lo que son variaciones de la normalidad, las situaciones de riesgo y aquellas que se engloban ya en la patología.

Caso clínico

Joan, 13 años, acude a la consulta acompañado del padre debido a que presenta dificultades en el rendimiento académico. Joan estudia segundo curso de ESO en una escuela privada, considerada de mucha exigencia, desde este curso. Hasta ahora no había tenido problemas para ir aprobando los cursos con promedio de “suficiente”. En este nuevo centro, le hacen una adaptación especial para mejorar las técnicas de estudio.

Joan se muestra como un chico más maduro de lo que corresponde para su edad. Nos cuenta que sus padres se separaron cuando él tenía cuatro años. Inicialmente la madre obtuvo la custodia, con un régimen de visitas con el padre. Pero este verano, el padre inició acciones legales para obtener la custodia compartida, lo que se consiguió en septiembre, justo una semana antes de iniciar el curso. Joan nos explica que la experiencia judicial fue muy dura para él, ya que descubrió aspectos de su familia que, hasta aquel momento le eran desconocidos. Reconoce que no estudia lo que debería estudiar, a pesar de que está satisfecho con la nueva escuela. Pero está inquieto, se mueve sin parar, llama la atención de sus compañeros... También tiene algunas “manías” sobre el aspecto físico, y evita ciertas comidas que, según su criterio, pueden engordar.

El padre de Joan nos confirma la sintomatología referida por Joan. Añade que se trata de un niño muy impulsivo, que no es capaz de parar quieto y que, incluso, se mueve mientras duerme. Confirma también las “manías” con la comida, a pesar de que Joan presenta un índice de masa corporal en el percentil 10.

El padre refiere que la madre presenta síntomas de bulimia, y que tiene una afectividad muy depresiva. Joan es hijo único, y durante el embarazo, la madre presentó una conducta anoréxica. Joan nació a término, pesando 2.850 g. Su desarrollo psicomotor fue normal, aunque lloraba mucho. No ha presentado problemas médicos importantes.

En la exploración psicológica, el nivel intelectual es normal (cociente intelectual: 91), pero existe una desarmonía entre algunas capacidades: destaca en velocidad de proceso (percentil 90), mientras está justo en razonamiento perceptivo (percentil 11). Su capacidad para estar atento se sitúa en el percentil 55, pero la calidad de atención es baja (percentil



Figura 2. Dibujo del árbol.

15). A nivel de personalidad, existe una elevada ansiedad y una moderada sintomatología depresiva. Tiene dificultades en gestionar las frustraciones, pues se deja dominar por los obstáculos que se interponen en el camino de sus impulsos. En las pruebas proyectivas, aparece un conflicto de lealtades debido a la separación de los padres. Se identifica con la figura paterna, pero teme perder el apoyo de la madre. Muy sumiso, valora poco su persona, y manifiesta dificultades para aceptar los cambios de la pubertad. Gran inestabilidad afectiva, con hostilidad que se manifiesta de manera impulsiva, y miedos a ser abandonado. Aparecen muchas preocupaciones para una estructura de personalidad aún poco madura.

Llama la atención el dibujo del árbol (Fig. 2), que ocupa gran parte de la hoja, e incluso queda sin completar. En proporción, hay mucha copa (mundo de la imaginación) y poca raíz. Puede reflejar necesidad de expandirse, de liberarse, de un sentimiento de sentirse atrapado y de inseguridad. Sugiere falta de autoestima, falta de asentamiento en su pasado, con su familia. Posiblemente, reflejo de falta de afecto a nivel familiar.