

# Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

P.J. Rodríguez Hernández\*,  
E.R. Hernández González\*\*

\*Pediatra acreditado en Psiquiatría Infantil (A.E.P.) y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife.

\*\*Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil. Clínica Bello Campo, Caracas, Venezuela. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV). Caracas. Venezuela



## Resumen

Los trastornos mentales en la adolescencia son una causa frecuente de consulta en Pediatría. Aproximadamente, uno de cada cinco jóvenes cumplen criterios para padecer un trastorno psiquiátrico y muchas de las enfermedades psiquiátricas debutan en la adolescencia. Los resultados de las investigaciones en este campo indican la importancia de identificar los problemas mentales en la adolescencia e instaurar el tratamiento de manera precoz. La patología psiquiátrica en jóvenes produce un empeoramiento significativo en los problemas de comportamiento, problemas de relación interpersonal, autoestima y rendimiento académico. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la comorbilidad. En el presente artículo se desarrollan los aspectos más importantes sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en la adolescencia.

## Abstract

*Mental illness in adolescence is one of the main reasons for consultation in paediatrics. Approximately one in every five youth meets criteria for a mental disorder and many psychiatric disorders will first appear in adolescence. The results of investigations suggest the importance of identifying psychiatric disorders in adolescence, and the need for prompt treatment. Mental disorders in young adults have significantly poorer functioning on measures of behavioural problems, interpersonal problems, self-esteem, and school performance. The early detection improves the prognosis and reduces morbidity. This current article develops the main basis about aetiology, diagnosis and treatment of the mental illness in adolescence.*

**Palabras clave:** Salud mental; Adolescentes; Prevalencia; Psiquiatría.

**Key words:** Mental health; Adolescents; Prevalence; Psychiatry.

*Pediatr Integral 2017; XXI (5): 334–342*

## Introducción

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de consulta por patología no orgánica en Pediatría de Atención Primaria.

Es necesario tener en cuenta las particularidades de la atención a la salud mental de los adolescentes, ya que existen características diferenciadoras con la salud mental infantil y

de adultos. Las más importantes tienen que ver con las manifestaciones clínicas y la entrevista clínica; ya que, además de la sintomatología nuclear, es importante evaluar el grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: académica, familiar, social o personal. También se deben conocer los indicadores de riesgo que permiten una detección precoz del problema, ya que un diagnóstico precoz e interven-

ción adecuada disminuye el riesgo de comorbilidad y cronificación del cuadro clínico. Cuando no se detectan a tiempo, los trastornos mentales en la adolescencia producen un incremento en el consumo de recursos sanitarios y de servicios sociales, jurídicos o educativos. Hay que establecer un adecuado enfoque terapéutico, adaptado a la adolescencia, en el que ocupa un lugar importante la estrategia utilizada para

evitar la discontinuidad terapéutica. Por último, es necesario contemplar la estabilidad o temporalidad de los síntomas para establecer un supuesto diagnóstico, ya que en la adolescencia, no son infrecuentes las situaciones de expresión de conductas que pueden ser consideradas como patológicas en momentos puntuales, generalmente como reacción a un proceso de adaptación.

El pediatra juega un papel esencial en la detección precoz de los trastornos mentales que se desarrollan en la adolescencia. Para ello necesita conocer los signos de alerta psicopatológicos que indican la existencia de un problema. Tanto los que comienzan de forma habitual en ella, como los que se desarrollan en la infancia y sufren cambios en la sintomatología al sobrepasar la pubertad.

En cuanto a la importancia de los distintos trastornos mentales en estas edades, los datos que presenta la Organización Mundial de la Salud indican que entre los 12 y los 18 años comienzan los trastornos de conducta (aunque pueden desarrollarse desde los 3 años), problemas del estado de ánimo y ansiedad, consumo de drogas y un poco más tarde, entre los 15 y los 18 años, las psicosis y otros trastornos relacionados con la esfera psicótica<sup>(1)</sup>.

En el presente artículo se realiza una revisión de los datos epidemiológicos para tener una idea aproximada de la importancia de las distintas enfermedades mentales en la adolescencia. También se abordan algunas herramientas adecuadas para la detección precoz, como son el conocimiento de los factores de riesgo, las preguntas que debe incluir la entrevista clínica y los instrumentos de evaluación más apropiados.

## Epidemiología de los trastornos mentales en la adolescencia

**La prevalencia de los trastornos mentales en la adolescencia es muy elevada.**

Los datos existentes en la literatura biomédica indican que 1 de cada 5 adolescentes ha padecido o padece algún tipo de problema relacionado con la salud mental. Dicha estimación se ha realizado en distintas culturas y países<sup>(2)</sup>. Existe un número creciente de

publicaciones que alertan sobre la elevada prevalencia de trastornos emocionales y del comportamiento en adolescentes, y enfatizan en la importancia de la identificación en estas edades como estrategia preventiva fundamental<sup>(3)</sup>.

Los resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos realizados señalan que las cifras de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en adolescentes oscilan entre el 15 y el 25%<sup>(4)</sup>. La disparidad de las cifras se debe a las diferencias metodológicas entre las distintas investigaciones.

Es habitual que las muestras que se analizan para la obtención de la frecuencia de trastornos mentales se consideren desde una perspectiva global, es decir, sin separar niños y adolescentes. Cuando lo hacen, existe disparidad en la consideración de cuál es la edad infantil y cuál la juvenil. Por ese motivo, existen pocos estudios que permitan una adecuada y clara sistematización del problema. Cuando se considera la adolescencia como grupo independiente, los porcentajes se mantienen similares a los aportados para edades inferiores, aunque la caracterización y tipo de trastorno varía. En la adolescencia, la mayoría de los trastornos son internalizantes (fundamentalmente ansiedad y depresión), aunque es más fácil la detección de trastornos externalizantes (hiperactividad, problemas de conducta)<sup>(5)</sup>. Los problemas más importantes de salud mental en adolescentes, de mayor a menor frecuencia, son:

- Trastornos de ansiedad.
- Depresión.
- Problemas de comportamiento.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Otros menos frecuentes: psicosis, el abuso de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario.

## Clínica

**Además de las características clínicas de cada trastorno, es importante conocer los signos de alerta y los factores de riesgo y vulnerabilidad.**

### Signos de alerta

No existe ninguna señal que pueda ser, por sí misma, predictiva del desa-

rollo presente o futuro de un trastorno mental. Esto es debido a que existen factores personales y sociales que pueden hacer que la evolución del adolescente sea favorable.

Un signo de alerta indica solamente que se debe hacer un seguimiento del adolescente, con especial atención a la evolución psicopatológica o una derivación a un servicio competente.

Los signos de alerta más útiles en Pediatría son los siguientes:

- Rendimiento académico: un mal rendimiento desde el inicio de la edad escolar puede indicar problemas de atención. Una inflexión en el rendimiento académico, cuando anteriormente estaba bien, puede ser el primer indicador de una depresión.
- Amenaza o intento de suicidio. Nunca se deben ignorar, ya que es posible que sea la primera señal de la existencia de un trastorno del estado de ánimo.
- El consumo de cannabis. Aunque los efectos del consumo son perjudiciales en aspectos esenciales para el adolescente, como la motivación o la atención, también puede ser el desencadenante de un episodio psicótico de mayor o menor gravedad.
- La disforia (entendida como un estado de ánimo con tendencia a la tristeza): es un indicador de la sintomatología depresiva no clínica. Su adecuado control y seguimiento puede ser fundamental, especialmente debido a que el suicidio es la principal causa de muerte en los adolescentes después de los accidentes y a que una de las principales causas de suicidio es la depresión.
- Las quejas somáticas también pueden ser indicativas de la existencia de sintomatología subclínica, especialmente de la esfera ansiosa. Las más frecuentes son los síntomas vasculares (las taquicardias) y los respiratorios (sensación de ahogo o de necesitar más aire). Además, pueden referir cefaleas, abdominalgias, sintomatología vegetativa, como: sudoración, temblor, náuseas y problemas en el sueño, entre los que destacan las pesadillas, y los diferentes tipos de insomnio (sobre todo de conciliación).

## Factores de riesgo y vulnerabilidad

Se han realizado diferentes estudios para detectar factores de riesgo y vulnerabilidad en la adolescencia. Radke-Yarrow y Brown publicaron los resultados de un seguimiento de un grupo de adolescentes, estableciendo 7 características personales y familiares que indicaban mayor probabilidad de padecer enfermedad mental<sup>(6)</sup>:

- Cociente intelectual menor de 100.
- Fracaso escolar o problemas académicos.
- Problemas conductuales en el ámbito escolar.
- Malas o escasas relaciones sociales con compañeros.
- No existencia de un adulto de referencia y apoyo.
- Rechazo o poca valoración por parte de la familia.
- Aparición de estrategias de afrontamiento disruptivas ante las dificultades diarias.

Otros autores han propuesto multitud de factores de riesgo y vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental en la adolescencia<sup>(7,8)</sup>. Los más importantes son los siguientes:

- Características de los padres: padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos, padres que necesitan separarse del niño o que le hacen una demanda excesiva de autonomía, que niegan radicalmente los conflictos con el hijo, choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo o funciones parentales sustituidas. Padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja,
- Características de la estructura familiar: familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves en varios miembros de la familia, padres con déficit sensoriales o presencia de trastornos psiquiátricos severos, entre los que cabe destacar: los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, intentos de suicidio, trastornos graves de personalidad y abuso de drogas. También es importante la existencia de malos tratos y

la falta de contacto afectivo y lúdico. Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia: familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos, paro sin subsidio de varios miembros de la familia. También influyen las variables culturales.

- Circunstancias de la concepción, embarazo y perinatales: embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, hijos concebidos en violaciones, muerte de hermanos o familiares directos en el embarazo, embarazo de riesgo médico, enfermedades graves de la madre o el feto o conductas y situaciones de riesgo prenatal, como: el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo, partos distócicos, prematuridad, sufrimiento fetal, enfermedades congénitas y malformaciones.
- Situaciones traumáticas puntuales, tales como: muerte de uno de los padres o un hermano, separación de los padres, nacimiento de hermanos, hospitalización prolongada, cambios escolares importantes o ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores.
- Situaciones personales: existencia de enfermedades crónicas: asma, obesidad, epilepsia, diabetes, neoplasias o SIDA. Déficit sensorial y secuelas de enfermedades del sistema nervioso. Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres. Existencia de problemas con la justicia: adolescentes con protección judicial, problemas con la justicia, repetitivos o sometidos a medidas judiciales.

Ninguna de estas características, ni otras recogidas en otros estudios, aseguran, por sí mismas, el desarrollo presente o futuro de un trastorno mental en el adolescente. La acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de provocar trastornos mentales de los mismos.

## Clínica de los distintos trastornos en la adolescencia

### Trastornos de ansiedad

La ansiedad se puede manifestar de distintas maneras. En ocasiones, puede

ser un fenómeno adaptativo transitorio a circunstancias del entorno. Cuando se convierte en patológico, la expresión de los síntomas es la siguiente<sup>(9)</sup>:

### Trastorno de ansiedad generalizada

Está definido por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de seis meses, de difícil control para el individuo.

### Trastorno de angustia con o sin agorafobia

Una crisis de angustia se define como: un período definido en el tiempo de temor intenso, malestar o terror que se acompaña de ideas de desastre inminente o de pérdida de control de la realidad. Además, se presenta con sintomatología vegetativa (taquicardia, sudoración o temblor). Se puede acompañar de agorafobia, que es un temor irracional a permanecer entre multitudes o lugares públicos.

### Fobia social

Se caracteriza por un temor acusado y persistente por una o más situaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a dichas situaciones suele acompañarse de algún tipo de respuesta de ansiedad, incluso una crisis de angustia situacional.

### Trastorno obsesivo compulsivo

Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones con carácter recurrente que ocupan una cantidad significativa de tiempo al sujeto y causan cierto grado de deterioro e interferencia con la vida diaria. En la adolescencia, las ideas obsesivas más frecuentes son de daño y de suciedad. Las compulsiones se definen como comportamientos repetitivos y constantes, tales como el lavado continuo de manos, la limpieza excesiva, etc.

### Trastorno por estrés postraumático

Se trata de una respuesta tardía a un acontecimiento traumático, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar, con normalidad, sus actividades habituales, pues

existe una intrusión del pensamiento ansioso. Hay que estar alerta durante los seis meses siguientes al acontecimiento, ante la aparición de “*flashbacks*” (revivir el trauma), síntomas de ansiedad y depresión, alteraciones en el sueño, sentimiento de insensibilidad, hipervigilancia, evitación de los estímulos que recuerden el hecho traumático, y estado de alerta fisiológica.

### Depresión y suicidio

La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada, y dependerá de factores, tales como: la capacidad intelectual del sujeto, la madurez emocional y la capacidad verbal para analizar la vida emocional<sup>(10)</sup>. Algunos síntomas son: tristeza, llanto, visión negativa de la vida, autoimagen deficiente, sensación de impotencia, dificultades de atención y concentración, imposibilidad de tomar decisiones, irritabilidad, pérdida o aumento indiscriminados del apetito y trastornos del sueño. La persistencia de estos síntomas debe hacer pensar en una depresión. Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, estos suelen tener una mayor duración, con un incremento de conductas de riesgo (drogas, suicidio), aumento de los problemas psicosociales, y pobre respuesta a la psicoterapia.

Con respecto al suicidio, hay que señalar que se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un papel importante. Hay que estar atentos a la pérdida de iniciativa, la baja autoestima, las alteraciones del sueño y la disminución en la actividad motora. También ante el retraimiento, con urgencia por estar solo, el aislamiento, el malhumor, los cambios bruscos en la personalidad, la entrega de las pertenencias más preciadas a otros y la propia amenaza de suicidio. Lo más importante será la prevención de las tentativas, mediante una actuación que incluya a todos los profesionales implicados en la salud integral del adolescente.

### Trastornos de conducta

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que puede ocasionar sintomatología conductual en la adolescencia<sup>(11)</sup>. Sin embargo, el término trastorno de conducta hace referencia a un

modelo persistente de comportamiento antisocial, con el que se produce una trasgresión de las normas sociales y se producen actos agresivos que molestan a otras personas. Este trastorno posee una elevada prevalencia en la población adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo uno de los principales motivos de derivación a los servicios de salud mental. Hay que prestar especial atención a las agresiones a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), destrucción de la propiedad y provocación de incendios, robo o fraudulencia (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las normas<sup>(12,13)</sup>. Estos signos de alerta deben ser considerados junto a los factores de riesgo.

### Esquizofrenia

Se trata de enfermedades graves y estigmatizantes que causan un grave deterioro cognitivo y funcional, siendo este 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)<sup>(14)</sup>, a pesar que estos no son exclusivos de esta patología.

### Los síntomas prodrómicos

Son aquellos síntomas y signos precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente y que preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad. Los prodrómos 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 altamente inespecíficas y variables, por lo que hay que analizarlas en función de la evolución.

### La esquizofrenia

Lo más característico de la esquizofrenia en la adolescencia es la presencia de alteraciones de la percepción en forma de alucinaciones, especialmente auditivas. En un número importante de casos, al adolescente le da vergüenza expresar que oye voces, o no las refiere por miedo a que los demás crean que “está loco”, o simplemente no lo dice porque nadie se lo ha preguntado, y en su mundo interno cree que es algo normal y que a todo el mundo le ocurre. Las alteraciones en el pensamiento, como por ejemplo, los delirios (sentirse espionado o con la voluntad controlada) son mucho menos frecuentes y su aparición obliga a una adecuada valoración neurológica y a descartar consumo de tóxicos.

### Trastorno bipolar

La presentación en la adolescencia suele ser en forma de episodio maniaco. En el mismo, existe: euforia, expansividad y conducta desorganizada que, en ocasiones, se acompaña de cambios en la conducta sexual o gastos desmesurados de dinero o disminución de la necesidad de dormir<sup>(15)</sup>.

### Consumo de tóxicos

Aunque cada tipo de droga puede presentar signos propios, las señales de alerta más importantes por las que preguntar son: disminución del rendimiento escolar, con ausencias no autorizadas del centro escolar. Cambio en la manera de vestir y hablar. Cambios de conducta (irritabilidad, rechazo a compartir actividades familiares), necesidad de dinero llegando a realizar robos en casa, cambio en horarios, actividades, sueño o alimentación. Señales de quemaduras en la ropa o restos de hierba en los bolsillos. El enrojecimiento ocular es significativo en el caso del cannabis.

### Trastornos del espectro autista

Algunas formas de trastornos del espectro autista, como el síndrome de Asperger o el autismo que se acompaña de alto rendimiento, puede permanecer sin diagnóstico hasta la adolescencia, especialmente si existe un buen desempeño académico. Para indagar la sospecha sobre estos trastornos, deben valorarse las dificultades en el área de la socialización: dificultades en relacio-

narse con los demás y en hacer nuevos amigos, dificultades para mantener las relaciones sociales y aislamiento. También hay que indagar la presencia de dificultad en el procesamiento de la información proveniente de las personas de su entorno: comprender las ironías o metáforas, así como las frases con doble intención que le expresan los demás; valorar si se enfada, porque no comprende las bromas de los compañeros, e indagar sobre las dificultades en las distintas áreas del lenguaje (expresivo, comprensivo, etc.).

### Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, basado en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Los test y otras herramientas diagnósticas pueden ayudar en el proceso.

### La entrevista clínica

Los adolescentes, especialmente los de menor edad, no suelen acudir al médico sin compañía. El establecimiento de una relación de confianza con un adolescente que viene a la consulta, acompañado por sus padres, no siempre es fácil. Particularmente importante, es la recepción de este nuevo paciente cuando acude a su primera consulta “adulta” tras la edad pediátrica, en la que se puede intentar hablar con él a solas. En la tabla I, se señalan las preguntas más adecuadas para explorar las áreas más importantes de un adolescente al que queremos explorar su salud mental. Evidentemente, el punto de partida ha de ser el motivo de consulta, pero si se crea un clima de escucha atenta que haga que el adolescente se sienta respetado y valorado como persona, se darán las

bases para poder explorar sintomatología específica psiquiátrica. En la tabla II, se señalan algunas preguntas que permiten sospechar la existencia de los trastornos mentales más frecuentes. Para establecer el diagnóstico, se deben cumplir los criterios de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales. La más utilizada es la DSM 5<sup>(16)</sup>.

### Instrumentos de valoración

Existen numerosos instrumentos de valoración psicopatológica en adolescentes, que pueden ser escalas, cuestionarios, test<sup>(17)</sup>. Algunos de ellos son específicos, es decir, sirven para valorar algún tipo de patología en concreto, como: las escalas de TDAH (la ADHD *Rating Scale* o el SNAP-IV), la escala de ansiedad STAI-C, el cuestionario de depresión de Beck, etc. Otros son generales, es decir, sirven de *screening* de psicopatologías. Estos últimos son los más útiles para una valoración inicial del adolescente. Los instrumentos generales más importantes son:

- Escalas de Conners.
- *Child Behaviour Check List* (CBCL).
- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ).

Las escalas de Conners evalúan solo trastornos de comportamiento y TDAH. El CBCL, evalúa una gran cantidad de problemas psicológicos infantiles, pero su extensión (hasta 120 ítems) hace que sea poco usado en la práctica clínica diaria. El SDQ es el cuestionario más útil para el pediatra, debido a que evalúa los aspectos psicopatológicos más importantes y a su brevedad. Este cuestionario detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes entre 4 y 16 años.

EL SDQ es un cuestionario breve que consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Dichas escalas hacen referencia a:

1. Síntomas emocionales.
2. Problemas de conducta.
3. Hiperactividad.
4. Problemas con compañeros.
5. Conducta prosocial.

Tabla I. Preguntas clave en la historia clínica

<b>Hogar</b>	¿Dónde vives? ¿Con quién vives? Háblame de ellos ¿Te sientes seguro en casa? ¿Puedes hablar con confianza con las personas con las que convives? ¿Cuántas veces os habéis cambiado de casa? ¿Te ha afectado? ¿Cuántas veces comes a lo largo del día y con quién? ¿Tienes intimidad en casa?
<b>Educación</b>	¿Vas bien en el colegio?, ¿cuál es el último curso que has completado? ¿Qué notas sacas en la escuela? ¿Cuáles son tus asignaturas preferidas? ¿Te gusta el colegio? ¿Tienes amigos en clase? ¿Tienes algún problema en el colegio?, ¿de qué tipo y con quién? ¿Te han echado alguna vez del colegio? ¿Tienes trabajo?, ¿te gusta tu trabajo? ¿Ganas lo suficiente para cubrir tus necesidades? Si no trabaja ni está escolarizado: ¿qué haces a lo largo del día?
<b>Actividades</b>	¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿Qué tipo de amigos tienes? ¿Sales con algún/a chico/a?
<b>Drogas</b>	¿Qué fuman tus compañeros?, ¿y tú?, ¿desde cuándo? ¿Soléis tomar cerveza cuando os juntáis?, ¿y vino? ¿Desde cuándo salís a tomar cañas?
<b>Sexualidad</b>	¿Qué tal te van las cosas con tu novio/a? ¿Habéis tenido algún tipo de contacto sexual? ¿Qué habéis hecho para evitar el embarazo? ¿Hay alguna cuestión relacionada con el sexo que te preocupe?

Tabla II. Preguntas clave sobre sintomatología psiquiátrica

<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	¿Te has notado nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos? ¿Te definirías como una persona miedosa o nerviosa?
<b>Trastorno de angustia</b>	¿Tienes ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control?
<b>Agorafobia</b>	¿Presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales?
<b>Fobia social</b>	¿Presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros?
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	¿Presentas pensamientos raros, repetitivos o desagradables? ¿Estos pensamientos te causan preocupación, malestar o no los puedes eliminar de tu pensamiento? ¿Hay cosas que tienes que hacer o si no te pones nervioso?
<b>Depresión</b>	¿Cómo has estado de ánimo en las últimas semanas? ¿Te has encontrado decaído, triste o irritable? ¿Te has notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño?
<b>Suicidio</b>	A veces, la gente está tan desesperada que piensa que sería preferible estar muerto, ¿te ha sucedido esto a ti alguna vez? ¿Alguno de tus amigos ha intentado suicidarse alguna vez? ¿Has pensado tú en el suicidio?, ¿qué has pensado exactamente? ¿Has intentado suicidarte alguna vez?, ¿cómo?
<b>Esquizofrenia</b>	Es útil indagar a los familiares sobre posibles conversaciones sin interlocutor (habla solitaria)
<b>Trastorno bipolar</b>	¿Te has encontrado “demasiado bien” o eufórico últimamente? ¿Te has visto irritable, expansivo o con una velocidad de expresión acelerada?
<b>Trastornos del espectro autista</b>	¿Te cuesta hacer nuevos amigos y relacionarte con los demás? ¿Presentas dificultades para mantener relaciones sociales? ¿Te encuentras demasiado aislado?

El cuestionario se puede descargar de internet de manera gratuita en numerosos lenguajes, incluido el español (<http://www.sdqinfo.com>). El SDQ presenta varias ventajas cuando se compara con otros instrumentos de *screening*. Es corto, fácil de cumplimentar (lo que incrementa las tasas de respuesta) y evalúa las áreas psicopatológicas más importantes de la adolescencia. Además, la evaluación de los distintos aspectos del comportamiento se realiza con el mismo instrumento.

El Cuestionario de Cualidades y Dificultades, en sus distintas traducciones, se ha utilizado en gran número de estudios. Por ejemplo, como instrumento de *screening* en estudios de prevalencia o en investigaciones clínicas de doble fase. La estructura factorial y las propiedades psicométricas se han replicado en la mayoría de los idiomas a los que está traducido el SDQ, incluido el español<sup>(48)</sup>.

### Función del pediatra de Atención Primaria

Las funciones más importantes del pediatra de Atención Primaria, en relación con los trastornos psiquiátricos de los adolescentes son:

- Conocer los factores de riesgo y vulnerabilidad para anticipar posibles trastornos del comportamiento y emocionales.
- Saber las características principales de los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia, así como la sintomatología propia en estas edades.
- Dirigir una adecuada anamnesis, historia clínica y exámenes complementarios encaminados a establecer el oportuno diagnóstico precoz.
- Estar al tanto de los protocolos de derivación a la Unidad de Salud Mental y establecer con los

profesionales de salud mental la coordinación necesaria para un adecuado abordaje terapéutico multidisciplinar.

### Bibliografía

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

- 1.\*\*\* Mojarro D, Benjumea P, Ballesteros C, Soutullo C. Historia clínica y evaluación psiquiátrica. En: Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Soutullo C y Mardomingo MJ (Coord.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2010.
- 2.\*\* Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11: 7-20.
- 3.\* Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian New Zealand J Psychiatry*. 2014; 48: 606-16.

- 4.\*\*\* Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 226-36.
- 5.\* Polanczyk G, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 345-65.
- 6.\*\*\* Radke-Yarrow M, Brown E. Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Dev Psychopathol*. 1993; 5: 581-92.
- 7.\*\* Uhlhaas PJ, Gajwani R, Gross J, Gumley AI, Lawrie SM, Schwannauer M. The youth mental health risk and resilience study (YouR-Study). *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 43.
- 8.\*\*\* Fatori D, Bordin IA, Curto BM, de Paula CS. Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 31.
- 9.\*\* Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Secley JR. Anxiety disorders in adolescents psychosocial outcomes at age 30. *J Affect Disord*. 2014; 163: 125-32.
- 10.\*\* Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39: 217-25.
- 11.\*\* Rodríguez PJ, González I, Gutiérrez AM. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatr Integral*. 2015; 19: 540-47.
- 12.\*\*\* Rodríguez PJ, Barrau VM. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2012; 16: 760-8.
- 13.\* Lindhiem O, Bennet CB, Hipwell AE, Pardini DA. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder? *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 43: 1379-87.
- 14.\*\* Pedreira JL, Lahera G. Presentación clínica y evaluación de los pródomos de la esquizofrenia. En: Tomás J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). *Esquizofrenia en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 37-58.
- 15.\* Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006; 15: 73-108.
- 16.\*\*\* American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- 17.\*\* Rodríguez PJ, Pérez EE. Utilización de cuestionarios/test psicométricos en Pediatría de Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2012; 16: 810.e1-810.e7.
- 18.\* Rodríguez PJ, Betancort M, Ramírez GM, García R, Sanz EJ, De las Cuevas C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol*. 2012; 12: 265-79.

### Bibliografía recomendada

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos Técnicos, 14. Madrid: Dinarte; 2009.
- Se analiza la situación de la atención a la salud mental de niños y adolescentes, con una descripción detallada de dificultades y recursos.

Aunque se elabora hace 8 años, es el informe más actual y completo hasta el momento.

- del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1305-11.

Los capítulos sobre salud mental incluyen revisiones de las cuestiones más importantes que hay que tener en cuenta en la adolescencia. Incluye una amplia descripción de factores de riesgo y otros aspectos fundamentales para el pediatra de Atención Primaria.

- Rodríguez PJ, Lago BM, Santamaría MT. Detección precoz de las enfermedades mentales. En: Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G. *Medicina de la adolescencia*. Atención integral, 2ª ed. Madrid: Ergon S.A.; 2012. p. 733-38.

Este capítulo muestra un resumen de los distintos estudios que analizan la detección precoz de las enfermedades mentales en la adolescencia. Incluye un amplio y detallado análisis de los factores de riesgo y vulnerabilidad.

- Rodríguez PJ, Cornella J. Signos de alerta en la psicopatología del adolescente. En: Cruz. *Tratado de Pediatría*, 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 466-9.

Los signos de alerta suponen la primera señal que indica la existencia de un problema. Se desarrollan cuáles son esos signos de alerta en el adolescente.

- Soutullo C, Mardomingo MJ. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.

Es el manual más completo sobre salud mental infantil y juvenil. Recoge los principales trastornos y analiza los métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas de una manera sistemática y detallada.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Caso clínico

Jaime es un paciente de 14 años, conocido desde el nacimiento por su pediatra del Centro de Salud. Debido a que no acude a la consulta desde hace 2 años, el pediatra se dispone a actualizar la información que tiene sobre Jaime. Debido a su edad, plantea a la madre, con la que acude, una entrevista a solas con él.

Antes de empezar, el pediatra realiza una lectura rápida de los antecedentes que constan en su historia clínica y que se pueden resumir de la siguiente manera: gestación de 33 semanas (recién nacido pretérmino de peso adecuado a la edad gestacional). Los padres se separan cuando tenía 9 años de vida. Hijo único. Actualmente, convive con su madre y la custodia de ambos progenitores es compartida (vive con su padre fines de semana alternos y dos tardes cada semana). No existen problemas importantes en la relación entre sus padres separados. No existen otros antecedentes personales de interés. Entre los antecedentes familiares, destaca que la madre y una tía materna están diagnosticadas de depresión y ansiedad y están en seguimiento en una unidad de salud mental.

Después de realizar una anamnesis general en la que se confirma la excelente salud de la que goza Jaime, el pediatra indaga sobre algunos aspectos de su salud mental, debido a la existencia de factores de riesgo (antecedentes de depresión y ansiedad en la familia y separación de los padres). Las primeras cuestiones hacen referencia al hogar, educación, actividades, drogas y sexualidad. Como dato importante, Jaime menciona que durante el último trimestre ha tenido más dificultades en el rendimiento, aunque no ha suspendido ninguna asignatura. Refiere estar más cansado y con menos energía para estudiar sin que exista causa aparente. Además, está menos motivado y más nervioso. Estas características han comenzado sin explicación y han ido aumentando progresivamente en los últimos 6-8 meses. Al comentarlo, Jaime solloza.

En ese momento, el pediatra realiza una serie de preguntas clave sobre sintomatología psiquiátrica. Le pregunta lo siguiente:

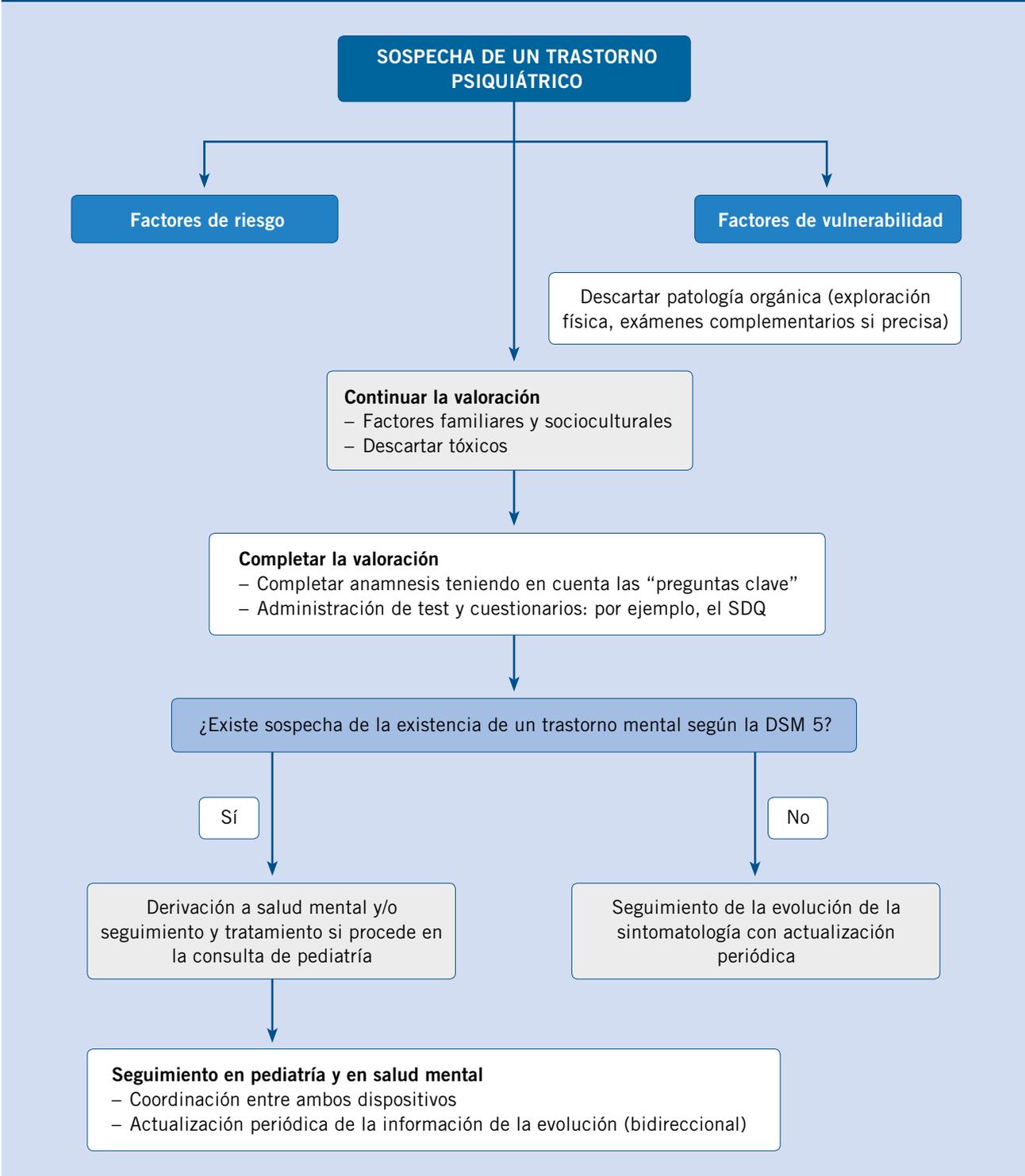
- ¿Te has notado nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos? Dice que hay cosas que le ponen nervioso, pero que no le molesta.
- ¿Te definirías como una persona miedosa o nerviosa? Refiere que siempre ha sido nervioso, pero en los últimos 6 meses, ha aumentado el nerviosismo.

- ¿Tienes ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control? No lo refiere.
- ¿Presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales? Aunque puede ir a lugares con aglomeración de personas, dice que no se encuentra muy cómodo. Esto le ocurre “desde siempre”.
- ¿Presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros? No lo refiere.
- ¿Presentas pensamientos raros, repetitivos o desagradables? ¿Estos pensamientos te causan preocupación, malestar o no los puedes eliminar de tu pensamiento? La respuesta es que se siente preocupado cuando escucha una noticia en la televisión referente a una enfermedad, y que piensa que él puede tener esa enfermedad. También, en varias ocasiones, el nivel de ansiedad es muy alto cuando algún miembro de su familia está enfermo, porque piensa que se pueden morir. Estos pensamientos comienzan un año antes, aunque en los últimos 6 meses son diarios, le causan mucho malestar y, aunque lucha contra ellos, no puede evitarlos. Argumenta que no se lo ha dicho a nadie, porque le da vergüenza.
- ¿Cómo has estado de ánimo en las últimas semanas? Comenta que desde que comienza a tener esos pensamientos se encuentra más deprimido.
- ¿Te has notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño? Aunque siempre ha dormido bien, en los últimos 4 meses se despierta varias veces en la noche y, en la mayoría de los días, presenta dificultad en la conciliación.

No hay ideas de suicidio ni otro dato que indique la existencia de más sintomatología psiquiátrica.

El pediatra contrasta la información con la familia y solicita a los padres y al profesor que rellenen el SDQ, que puntúa nivel patológico en la escala de ansiedad. Establece el diagnóstico de sospecha de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Aunque existen otros datos de ansiedad y depresión, no considera que exista otro trastorno en comorbilidad con el TOC. Lo remite a su Unidad de Salud Mental para seguimiento.

## Algoritmo. Proceso de actuación en el abordaje de la salud mental de la adolescencia





# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

25. Señale la respuesta CORRECTA en relación a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos de la adolescencia:
- La prevalencia es muy baja. Se estima que solo el 1% de los adolescentes presenta un trastorno psiquiátrico.
  - Los trastornos de ansiedad son los menos frecuentes.
  - 1 de cada 5 adolescentes ha padecido o padece algún tipo de problema relacionado con la salud mental.
  - En la adolescencia, los trastornos internalizantes se diagnostican con mayor facilidad que los trastornos externalizantes.
  - La esquizofrenia es el trastorno mental más frecuente.
26. Entre los factores de riesgo y vulnerabilidad que pueden predisponer a un adolescente a padecer un trastorno psiquiátrico, se encuentran las siguientes EXCEPTO:
- Tener un cociente intelectual menor de 100.
  - Experimentar fracaso escolar o problemas académicos.
  - Presentar problemas conductuales en el ámbito escolar.
  - Existencia de malas o escasas relaciones sociales con compañeros.
  - Sentirse sobrevalorado por parte de la familia.
27. Establezca la respuesta FALSA en relación al diagnóstico de los trastornos mentales en la adolescencia:
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
  - Antes de establecer el diagnóstico hay que realizar una prueba de neuroimagen para descartar problemas neurológicos.
  - Existen test que ayudan en el proceso diagnóstico.
  - Existen clasificaciones internacionales de enfermedades mentales en las que se debe basar el diagnóstico.
  - El conocimiento de los factores de riesgo permite conocer a los pacientes con vulnerabilidad a desarrollar un trastorno mental.
28. Señale la respuesta CORRECTA sobre los instrumentos de valoración en los trastornos mentales de los adolescentes:
- Son imprescindibles para establecer el diagnóstico.
  - Se deben utilizar solo por profesionales cualificados. Los pediatras deberían derivar a estos profesionales cuando quieran administrar un instrumento de valoración.
  - Todos son específicos, es decir, sirven para valorar enfermedades o trastornos concretos.
  - Entre los instrumentos de valoración generales se encuentra el SDQ.
  - El SDQ permite valorar posibles trastornos mentales y del comportamiento, solo cuando son contestados por el paciente.
29. De las siguientes funciones propias del pediatra de Atención Primaria, señale la INCORRECTA:
- Conocer los factores de riesgo y vulnerabilidad para anticipar posibles trastornos del comportamiento y emocionales.
  - Saber las características principales de los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia, así como la sintomatología propia en estas edades.
  - Anticipar la derivación de los adolescentes a la Unidad de Salud Mental, cuando se detecte un factor de riesgo.
  - Dirigir una adecuada anamnesis, historia clínica y exámenes complementarios encaminados a establecer el oportuno diagnóstico precoz.
  - Estar al tanto de los protocolos de derivación a la Unidad de Salud Mental.
30. Señale la respuesta INCORRECTA en relación al diagnóstico del paciente de la historia clínica:
- El diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo está bien realizado, pero cuando se establece ese diagnóstico siempre existe otro trastorno de ansiedad en comorbilidad.

## Caso clínico

- b. No es necesario hacer pruebas neurológicas como RM cerebral o EEG.
  - c. Para establecer el diagnóstico, el pediatra se ha ayudado, entre otros, de la información que ha recabado en la entrevista a solas con el niño.
  - d. El diagnóstico realizado por el pediatra se fundamenta principalmente en datos clínicos.
  - e. El trastorno obsesivo compulsivo puede acompañarse de otros trastornos mentales en situación de comorbilidad.
- 31. Sobre los factores de riesgo del paciente referido en el caso clínico, señale la respuesta CORRECTA:**
- a. Los antecedentes familiares de ansiedad y depresión no son un factor de riesgo.
- b. La separación de los padres no es un factor de riesgo.
  - c. Los factores de riesgo no se deben tener en cuenta, ya que en los adolescentes no son importantes.
  - d. Los factores de riesgo solo se tendrán en cuenta una vez detectado un trastorno mental en un niño.
  - e. Los factores de riesgo aumentan la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental en la adolescencia.
- 32. Señale la respuesta que considere CORRECTA en relación al adolescente referido en la historia clínica:**
- a. No se debe remitir al niño a la Unidad de Salud Mental, para no estigmatizarlo.
- b. El pediatra debe coordinarse con la Unidad de Salud Mental en el seguimiento del paciente.
  - c. La anamnesis realizada no es función del pediatra. Ante los factores de riesgo detectados, se debería remitir al paciente a su Unidad de Salud Mental.
  - d. Conocer los trastornos mentales más prevalentes en la adolescencia no es función del pediatra, ya que se puede equivocar con gran facilidad.
  - e. El diagnóstico precoz de los trastornos mentales en niños y adolescentes escolarizados corresponde al equipo de orientadores de su colegio o instituto.