

# Trastornos Psiquiátricos en la Adolescencia

Petra Sánchez Mascaraque

HGUGM.Servicio de Psiquiatría del  
Niño y el Adolescente

# Trastornos Psiquiátricos Prevalentes en la Adolescencia

- Detección precoz de patología mental
- Trastornos Psicósomáticos en la adolescencia: mareo, cefalea, dolor abdominal, dolores articulares..
- Trastornos Afectivos y de Ansiedad
- TDAH
- Conductas autolesivas
- TCA
- Trastornos de conducta
- Nuevas adicciones

# Adolescencia y demanda médica

- El adolescente goza de buena salud y no suele ir al pediatra
- Suele ir obligado por sus padres
- Con frecuencia el motivo de consulta no coincide con el problema real
- Suicidio ,abuso de alcohol y drogas,abandono de estudios y conductas violentas son problemas graves propios de esta edad

# Entrevista con el adolescente

- Identificar el problema: físico, psíquico, social
- Quien ha identificado el problema?
- Que opina el adolescente?
- A veces el síntoma físico oculta el problema: embarazo, acoso escolar, drogas..
- Es imprescindible entrevistar al adolescente a solas
- Privacidad y confidencialidad hasta donde se puede
- Nunca dejar a la familia al margen

# Caso Clínico 1

- Adolescente de 15 años derivado desde gastroenterología por síncope vasovagales, sospecha de anorexia nerviosa
- Le trae su madre muy preocupada porque ha perdido peso en los últimos meses, unos 3 kg
- Antecedentes de taquicardia intranodal que ha requerido crioablación 2 veces hace 2 años, en la actualidad sin tratamiento

# Caso clínico 1

- Pesa 75 kg, mide 176 cm. La madre refiere pérdida de 10 kg en un año, el dice que como mucho 3 en los últimos meses
- Considera que el problema con la comida es una tontería de su madre
- En gastro descartan patología digestiva y sospechan AN
- El chico no está preocupado por su peso, reconoce que hay días que no tiene ganas de comer y la comida le huele mal, la madre confirma que la huele mucho

# Caso Clínico 1

- Embarazo y parto normales
- Hipoxia perinatal. Hemiparesia izquierda que requirió rehabilitación hasta los 3 años de edad sin secuelas posteriores
- Siempre ha estado gordito, sus hermanos siempre se han metido con ´´el pero no le preocupa
- Deportista de triatlón y natación que dejó por el problema cardiológico engordando en esa época

# Caso clínico 1

- La madre centra su preocupación en que no come y que aunque no nos lo diga tiene mucho complejo con su físico
- En los últimos meses le encuentra irritable, huraño y acaba reconociendo que agresivo
- Este último curso sus notas han bajado de forma considerable.

# Familia

- Padres separados hace años
- Dos hermanos, él es el mediano, el mayor en tratamiento por trastornos de conducta en su CSM
- El padre es consumidor de cannabis

# Entrevista con el adolescente

- Tímido, inhibido, escaso lenguaje espontáneo, responde si o no a las preguntas con poca expresividad
- Nos tiene que decir algo que su madre no ha querido decirnos y que él ya le ha contado porque cree que es la causa de sus problemas

# Resumen

- No coincide el MC con el problema real
- La entrevista a solas con el adolescente aclara la situación
- La madre sigue preocupada por la salud física de su hijo
- Hay que tener en cuenta que a veces los padres hacen una negación del problema psiquiátrico.
- Consumidor de cannabis

# Factores de riesgo de padecer enfermedad mental en la adolescencia

- Problemas académicos
- Problemas de conducta en el entorno escolar
- CI por debajo de 100
- Escasas relaciones sociales con sus compañeros
- No tener un adulto de referencia y apoyo
- Rechazo y poca valoración por parte de su familia

# Factores de Riesgo II

- Estrategias de afrontamiento disruptivas ante las dificultades diarias
- Padres muy jóvenes, muy mayores o familias monoparentales
- Padres con enfermedad mental o física grave
- Malos tratos
- Enfermedad médica grave del chico

# Caso clínico 2

- Varón de 13 años de edad, el mayor de dos hermanos, remitido por su pediatra por trastornos de conducta que no han mejorado tras dos años de terapia psicológica
- Cursa 1º ESO
- Padres en trámites de separación
- Madre operada de Ca mama este año

# Descripción del problema

- Desobediencia, desafíos, retos, insultos, golpes y finalmente agresiones físicas a la madre
- Problemas de conducta desde siempre que se han ido agravando y de manera muy importante al empezar el instituto
- Desastre académico, conductas disruptivas en el aula y peleas con compañeros, su grupo son los repetidores

# Ambiente familiar

- Disputas permanentes entre los padres que culminan en la separación
- Fuertes discrepancias en los estilos educativos entre ellos
- Madre tolerante, permisiva, manifiesta delante del niño que no puede con él, llora en su presencia
- Padre autoritario, gritón, descalifica a la madre delante del chico

# Descripción de los conflictos

- La madre no pone normas y se queja de su incumplimiento
- Cuando el chico se pasa y ella quiere ejercer la autoridad, se enfrenta a ella llegando a agredirla
- Entonces llama por teléfono al padre o se lo manda

# Descripción del conflicto

- El padre insulta al hijo y en situaciones límite le pega
- El chico llama a su madre, le dice que su padre le maltrata y ella le dice que vuelva con ella
- En esta situación ha aprendido a hacer lo que quiere, a manipular y mentir

# Evolución

- El adolescente pide irse a vivir con su padre y posteriormente que no quiere volver a verle
- La madre me pide un informe para que el hijo se vaya a un colegio interno por criterio médico y lo pague el padre
- La madre denuncia al padre en comisaria y pide prohibición de visitas al padre

# ¿y el niño?

- Tras la primera intervención en la que le explico que está aprovechando el conflicto entre sus padres para no respetar las normas y manipular a sus padres y con apoyo de medicación para favorecer autocontrol, mejoría discreta
- Posteriormente y en especial tras la judicialización del conflicto muy mala evolución

# Intervención psicosocial

- Mediación en el conflicto
- Negociación con el chico
- Los padres deben mantener coherencia en las pautas educativas
- Detección de psicopatología en el niño y tratamiento si procede
- Tratamiento sintomático de la agresividad

# Risperdal

- Tratamiento sintomático de la agresividad
- El neuroléptico más prescrito para trastornos de conducta en la adolescencia
- Empezar con dosis bajas 0.5-1 mg y subir según respuesta. Si no mejora con 2 mg remitir a especialista
- Peligro: Síndrome metabólico, hiperprolactinemia
- Alargamiento del QT
- En nuestro servicio se hace control hepático, lipídico, Hb glicosilada y prolactina

# Síndrome metabólico

- Hiperlipemia
- Hiperglucemia
- Obesidad

# Caso clínico 3

- Adolescente de 13 años de edad, derivado desde gastroenterología infantil por dolor abdominal recurrente
- Dolor abdominal periumbilical desde hace un año
- Dolor casi diario, soportable, no interfiere en su vida de forma grave, empeora con la ingesta por lo que ha perdido 2 kg en este año

# EF y pruebas complementarias

- Ano fisuroso
- Test de hidrogeno pico de sobreelevación a los 60 minutos compatible con sobrecrecimiento bacteriano
- Analítica y ecografía normales

# Plan

- Flagyl suspensión 10 ml cada 12 horas 10 días, descanso 10 días y repetir
- La madre le da dieta sin gluten y sin lactosa
- No mejoría, visitas a urgencias
- Aparece sangre oculta en heces positiva en una muestra y negativa en dos
- Solicitan endoscopia alta y baja
- Solicitan enteroRM

# Resultados

- Endoscopia alta y baja normales
- EnteroRM leve inflamación ileal-colica compatible con enfermedad de Crohn leve
- Solicitan colonoscopia: lesión polipoidea multilobulada de 1x1 cm a nivel de ciego, realizan polipectomía y toma de biopsias
- Solicitan cápsula endoscópica

# Otro abordaje del dolor abdominal

- Temperamento infantil .Perfeccionismo. Hiperexigencia. Dificultad para expresar emociones
- Acontecimientos vitales en la vida del niño
- Influencia del estrés en la evolución del dolor
- Investigar por otros cuadros de dolor en la familia
- Experiencias previas de dolor y aprendizaje del papel de enfermo

# Dolor abdominal funcional

- Principal motivo de consulta de niñas adolescentes a las consultas de gastroenterología infantil
- No es inventado ni simulado, el dolor es real aunque el estudio médico no encuentre etiología
- Hipersensibilidad a nivel intestinal, trastornos en la motilidad intestinal, estrés, ansiedad y depresión

# Caso Clínico 3 Abordaje Psicosocial

- Temperamento: hiperresponsable, siempre piensa en los demás, no le gusta quejarse para que no se preocupe su madre, no le gustan los cambios, le cuestan “ pero me tengo que acostumbrar”
- Padres separados cuando él tenía 3 años “ me llevaron a un psicologo para que lo aceptara”
- Vive con su madre casada por segunda vez ( su pareja tb es separada y con hijos),hantenido un hijo que tiene año y medio

# Familia

- Ve a su padre jueves, viernes y FS alternos. Su padre tb se ha vuelto a casar y tiene un hijo de un año
- Sus dos padres se han quedado este año en paro, el niño está muy preocupado por ello
- “Mi madre siempre está nerviosa y no me deja hablar”
- “Mi padre hace todo lo de la casa, yo le ayudo y mi madrastra no hace nada
- Sus hermanos le parecen insoportables , no obedecen y encima le castigan cuidando de ellos

# Estrés y dolor abdominal

- Nacimiento de hermanos
- Cambios de domicilio
- Problemas económicos
- Le cambian de colegio privado a público
- Estrés en los padres en paro
- El niño me cuenta que donde está mejor es con sus abuelos
- Pide por favor que no le cuente nada a sus padres porque va a ser peor.
- La madre me revela que se van a tener que ir a vivir fuera de España

# Trastornos psicósomáticos

- Los factores psíquicos tienen un valor etiológico fundamental: Trastorno conversivo
- Los factores psíquicos influyen en el desarrollo de la patología física: colon irritable
- Los síntomas físicos son la manifestación principal del trastorno mental: TCA

# Trastornos somatomorfos

- Presentación reiterada de síntomas físicos
- Demanda persistente de exploraciones físicas
- No hallazgos patológicos o si los hay no justifican la clínica

# Trastornos somatomorfos

- Trastorno de somatización
- Trastorno por dolor
- Trastorno de conversión : en los niños los más frecuentes son perdida de la capacidad de movimiento, convulsiones, perdida de visión, afonía, tos..
- Trastorno hipocondriaco

# Trastornos Fingidos

- Trastorno Facticio: Búsqueda del rol de enfermo
- Simulación: Ganancia externa, niños con conductas disociales

# Caso clínico 4

- Adolescente de 14 años de edad remitida por pediatría por dificultades en el aprendizaje escolar
- Enorme lentitud para hacer los deberes, repasa lo que lee porque duda haberlo entendido, borra lo que escribe porque cree que no está bien, obliga a su madre a que le pregunte varias veces la lección
- Comprueba varias veces la mochila por si se le olvida algo
- En este último mes duerme muy mal, está irritable y llora con facilidad

# Historia clínica

- Tarda mucho tiempo en el baño. Se tiene que duchar siguiendo siempre el mismo orden y repitiendo si cree que no lo ha hecho bien. Se seca sin toalla por miedo a ensuciarse
- Lleva años con manías que los padres consideraban sin importancia.
- Lavados de manos
- Rituales para acostarse
- Entrar y salir 3 veces por la puerta
- No pisar las rayas de las baldosas
- El padre tuvo manías de pequeño

# Rituales normales en la infancia

- Son agradables
- Su interrupción se tolera bien
- No interfiere en la vida cotidiana
- Disminuyen a partir de los 8 años
- Contribuyen al aprendizaje y desarrollo del niño

# Rituales del TOC

- Se acompañan de ansiedad
- Su interrupción produce irritabilidad y agresividad
- Interfieren en la vida cotidiana
- Su fin es mitigar la ansiedad
- Se prolongan a la adolescencia y vida adulta
- Son incapacitantes

# Tratamiento

- Terapia cognitivoconductual : Exposición y prevención de respuesta
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Ingreso hospitalario

# Caso Clínico 5

- Adolescente de 16 años de edad con antecedentes de ansiedad de separación a los 6 años de edad que requirió tratamiento especializado
- La remite su MF por cuadro de tristeza, irritabilidad, pérdida de la capacidad de disfrutar, insomnio, cansancio, dolor abdominal y pérdida de apetito

# Historia Clínica

- Los síntomas duran más de un mes
- Interfieren en su vida: descenso académico y aislamiento social
- No hay ideación autolítica
- La madre está en tratamiento por depresiones

# Tratamiento de la depresión en la Adolescencia

- Valorar ingreso psiquiátrico si: riesgo de suicidio, rechazo del tratamiento, ausencia de apoyo familiar, cuadro muy severo o presencia de síntomas psicóticos
- Tratamiento farmacológico o psicoterapia?

# Estudio TADS

- Multicentrico con 439 adolescentes con diagnóstico de depresión moderada a grave
- Asignadas aleatoriamente a 4 grupos de tratamiento: placebo, TCC, fluoxetina y fluoxetina+TCC

# Resultados TADS

- La TCC no es más eficaz que el placebo en depresiones graves
- En depresiones leves a moderadas el tratamiento más eficaz y rápido es fluoxetina+TCC
- En monoterapia es más eficaz la fluoxetina que la TCC aislada

# Tratamiento farmacológico en depresión en la adolescencia

- La fluoxetina es el único AD indicado en edad pediátrica
- Si se pauta se recomienda hacer revisiones periódicas( vale por teléfono) para monitorizar: ideación autolítica, gravedad de los síntomas, aparición de efectos secundarios y presencia de estresores ambientales durante la evolución.

# Fluoxetina en niños

- El viraje de depresión a cuadro de euforia tras la toma de fluoxetina debe hacer pensar en trastorno bipolar(tipo II)
- Pero en los niños los ISRS pueden producir un cuadro de desinhibición conductual que no es una manía y que debe llevar a su suspensión

# Empleo de benzodiazepinas en la adolescencia

- Trastornos por ansiedad
- Fobias : escolar y social
- Depresión
- Como hipnótico en presencia de psicopatología
- En cuadros somatomorfos

# Caso 6

- Adolescente de 17 años, paciente conocido de la consulta pues es hiperactivo, en tratamiento desde hace años con metilfenidato, sin comorbilidad y con buena evolución
- Se presenta en la consulta solo y sin cita previa, está corriendo por el pasillo con intensa angustia, se ha salido del instituto porque se encontraba muy asustado.

# Clínica

- Desde hace unos meses se le ha metido en la cabeza que es gay, le gustaba una chica y se obsesionó con que iba a tener un gatillazo con ella, ahora va por la calle y nota que los demás saben que es homosexual, cuando está con amigos nota cosas raras en su pene, se pone videos gays para ponerse a prueba, se despierta angustiado y confundido sin saber quien es, tiene un bombardeo de ideas que le autosabotean.

# Evolución

- Veo un cambio llamativo en él, era un chico alegre, risueño, ahora está angustiado y distante, con la mirada perdida, no duerme por la noche, por el día sale con su monopatín y está lleno de heridas, no mira ni tiene noción de peligro, se autoagrede, “prefiero morir a ser gay”

# Esquizofrenia incipiente/ Prodromos

- Corte transversal en la vida del chico
- Percepción de cambio incomprensible
- No hay delirio ni alucinaciones
- El debut precoz es indicador de mal pronóstico

# TDAH en la adolescencia

- A los 12-13 años muchos mejoran y la evolución es buena, en especial si no hay comorbilidad
- Es una etapa en la que algunos inician mala evolución: alcohol, drogas, abandono de estudios, embarazos, conductas disociales
- Con frecuencia rechazan el tratamiento farmacológico

# Papel del pediatra o médico de familia

- En el paso de psiquiatría infantil a adultos se pierden muchos adolescentes
- Su médico es quien puede conocer la evolución e intentar reconducirla
- Consultas de transición