

# IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADOLESCENCIA

- La mayoría de los adolescentes eran aceptados y tenían buena relación con los padres.
- Sólo una minoría estaban rechazados por sus padres. El rechazo, estaba asociado a trastorno psiquiátrico de larga duración.
- Cuando la alienación por los padres comenzaba en la adolescencia, no se apreciaba un aumento de los trastornos psiquiátricos

## • EVALUACIÓN

- Las áreas importantes a explorar son:
  - Los problemas o dificultades.
  - Nivel de impedimento en su vida familiar, escolar y social.
  - Los factores que han iniciado y mantenido el problema.
  - Los valores positivos.
- Las expectativas de la familia y el adolescente.

## TRASTORNO DE CONDUCTA

- La prevalencia de trastornos de conducta es del 3-5% y la de niños-adolescentes con un trastorno oposicionista es del 2-4%. La prevalencia se duplica en adolescencia.
- Es el trastorno psiquiátrico juvenil más frecuente. La prevalencia en los niños, es cuatro veces mayor que las niñas.
- Muchos adolescentes tienen síntomas de trastorno oposicionista sin llegar a cumplir criterio.
- En las niñas posiblemente la sintomatología sea diferente con menos agresividad y presentando mentiras y conducta sexualizada. Es por ello que se reconozcan menos.

## TRASTORNO OPOSICIONISTA

- A menudo pierde los nervios.
- A menudo discute con adultos.
- A menudo desafía normas o mandatos.
- A menudo molesta a otros queriendo.
- A menudo culpa a los otros.
- A menudo es susceptible o se molesta.
- A menudo se enfada y está resentido.
- A menudo es vengativo o rencoroso
- AL MENOS 4 DE LOS 8.
- ALTERACIONES EN LA VIDA FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL.

## **TRASTORNO DE CONDUCTA**

- A menudo intimida, amenaza, burla.
- A menudo empieza luchas.
- A menudo ha utilizado armas en luchas.
- Crueldad física a animales.
- Crueldad física a personas.
- Roba con o sin forzar a la gente.
- Ha forzado a relaciones sexuales.
- Ha encendido fuegos.
- Ha destruido otras propiedades.
- Ha robado coches o casas.
- Se escapa de casa sin permiso (2 veces).
- No va al cole desde antes de los 13 años.
- AL MENOS, 3 SÍNTOMAS Y 12 MESES DE DURACIÓN.
- Un 50% de los niños con trastorno oposicionista de conducta a partir de los 5 años, pervasivo en diferentes situaciones y con grave sintomatología, desarrollan una personalidad antisocial y consumo de drogas en edad adulta.
- El trastorno oposicionista que aparece en la adolescencia no está asociado a un mal pronóstico.

- La mortalidad por causas violentas incrementa 58 veces. El 13% de los varones y el 10% de las mujeres mueren precozmente.

- 

#### ASOCIADO A:

- Problemática familiar. Por ejemplo, discusiones entre los padres, hostilidad y poca afectividad dirigida al niño, disciplina violenta hacia los niños, poca supervisión y disciplina inconsistente.
- Abuso físico y sexual.
- Trastornos psiquiátricos en los padres, posiblemente depresión en la madre. Personalidad antisocial en el padre.
- Pobreza, determinados ambientes escolares y sociales.
- Personalidad impulsiva. En chicas, parece que una pubertad temprana puede ser un factor de riesgo.
- ES IMPORTANTE RECONOCER LA ASOCIACIÓN CON UN TRASTORNO HIPERACTIVO Y UN TRASTORNO DEPRESIVO.
- SE DEBE DIFERENCIAR DE UN TRASTORNO DE ADAPTACIÓN.

## **TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN- HIPERACTIVIDAD**

- Incluye conductas como la atención escasa a actividades impuestas por adultos. Por ejemplo, deberes, etc.
- Cambia rápidamente de actividades cuando se le permite escoger espontáneamente.
- Atiende se distrae con aspectos irrelevantes del ambiente.
- Juega durante muy poco tiempo.

### **DEFICIT DE ATENCIÓN**

- Fallo a atender los detalles.
- Dificultad en mantener la atención.
- No parece que escucha.

- Fallo de terminar actividades.
- Dificultad en organizarse actividades.
- Evita actividades que requieren esfuerzo sostenido.
- Pierde cosas para los deberes, colegio etc.
- Se distrae fácilmente con estímulos del ambiente.
- Tiende a olvidar cosas.

## **HIPERACTIVIDAD**

Significa un exceso de movimiento:

- Hay un incremento del tiempo de sus movimientos. Son más rápidos.
- Hay incrementos de movimientos menores irrelevantes para lo que está haciendo: “fidgeting”.
- Excesivo movimiento de todo el cuerpo. Inquietud.

El exceso de movimiento está presente tanto cuando está despierto como dormido.

- “Fidget” con manos y pies.
- Se levanta del sitio en clase.
- Corre por todos los sitios o escala.
- Dificultad para jugar silenciosamente
- Siempre en movimiento, como si tuviera un motor dentro.
- Habla excesivamente

- **IMPULSIVIDAD**

- Significa actuar sin pensar. Ocurre en diferentes contextos. Por ejemplo, meterse en situaciones peligrosas, por descuidos o por actuar de forma impetuosa pero sin querer desafiar las normas.

- Habla excesivamente.
- Responde las preguntas antes de que se terminen de formular.
- Dificultades en esperar su turno.
- Interrumpe cuando otros hablan
- **CLASIFICACIÓN.**
- CIE 10 tiene que haber 6 síntomas de falta de atención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad.
- DSM IV combina hiperactividad - impulsividad. Existe una variedad predominantemente inatentiva.
- **TRATAMIENTO**
- 1ª elección METILFENIDATO- RUBIFEN
  - 80% de respuesta. Niños > 5 años.
  - Empezar 10 mgrs a la mañana. Incrementar otros 10 mgrs. Dosis máxima 60 mgrs. al día.
  - Continuar durante fines de semana. Parar meses de verano.
  - Continuar un año y evaluar si es necesario. Puede necesitarlo durante años.
  - Evaluar cambio con cuestionarios.

## • **DEPRESIÓN**

- Existe un incremento de la depresión en la adolescencia. Además el ratio varón/mujer cambia durante el inicio de la adolescencia hacia un incremento del trastorno en mujeres que permanecerá en la edad adulta.
- Prevalencia entre 2-8%.
- Comorbilidad con trastorno de conducta, consumo de drogas, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad, fobia escolar, hiperactividad.
- La sintomatología es semejante a la que ocurre en la edad adulta con sentimientos de infelicidad y tristeza pero en niños y adolescentes a veces ocurre la irritabilidad e incremento de la agresividad. Aislamiento social y bajo rendimiento escolar.

- Gran asociación con síntomas somáticos (hasta un 70%). Disminución o incremento del apetito y sueño. Apatía, pérdida de interés, pérdida de esperanza en el futuro y confianza en ellos mismos. Baja autoestima. Sentimientos de culpabilidad.
- Consumo de drogas como autotratamiento o conducta autodestructiva.
- Relacionado con historia familiar de depresión.
- Parece que responden a antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Un 42% de los adolescentes deprimidos tienen síntomas de trastorno de conducta. Brusco cambio de conducta con fallo escolar, incremento de la irritabilidad con discusiones o peleas en casa o con profesores o compañeros.
- No quieren ir al colegio, pueden escaparse de casa ya que tienen sentimientos que nadie les quiere o de culpabilidad. Conductas de robo como confort emocional. Conductas sexualizadas especialmente en chicas relacionado con baja autoestima y poca confianza en el futuro.

- 

## • **NO ASISTENCIA AL COLEGIO**

- Prevalencia alrededor de 1%. Igual en varones que mujeres.
- HAY QUE DISTINGUIR ENTRE:
- Hacer novillos: Asociado a adolescentes con trastorno de conducta, con familias desestructuradas y que no supervisan a los hijos. Los adolescentes están con amigos que tampoco van al cole. Padres no saben donde están.
- Fobia escolar: Ansiedad relacionada con alguna situación escolar como un profesor, una asignatura, burla o violencia de compañeros de clase etc.. Intensa ansiedad antes de ir al colegio y ansiedad anticipatoria el día o días anteriores con síntomas físicos. Empeoramiento después de vacaciones o enfermedad. Bien en otras situaciones como colonias etc.
- Ansiedad de separación: Más frecuente en niños que adolescentes. Intensa ansiedad al separarse de sus padres o casa. Miedo por la salud de padres o de ellos mismos. Tampoco van a colonias etc.
- Muchas veces está asociado a depresión. Se van aislando de amigos, apáticos y tristes en todas las situaciones.

## **SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO**

El suicidio es muy poco frecuente en la población adolescente 7.6/100.000 en el Reino Unido (14% de las muertes) sin embargo el suicidio ha incrementado considerablemente en los últimos años especialmente en adolescentes varones.

Factores de riesgo:

- Historia familiar de suicidio. Los adolescentes que se suicidan tienen hasta un 50% de casos historia familiar de suicidio o intento de suicidio, especialmente en los casos que el adolescente también había estado deprimido.
  - Imitación, identificación y contagio. Exposición a noticias, películas etc sobre suicidios.
- Suicidio epidemias
- Asociado con alteraciones biológicas (disminución de serotonina en el líquido cefalorraquídeo) y asociado a alteraciones perinatales.
  - Asociación con trastornos psiquiátricos. La mayoría tenía síntomas psiquiátricos.

1/3 tenían trastornos de ansiedad

1/2 tenían trastorno de conducta y alcohol- abuso de drogas (prácticamente solo en varones)

1/3 depresión (chicas sobretodo)

Los casos podrían estar comprendidos en éstas tres categorías:

- Grupo impulsivo, volátil que eran muy sensitivos a la crítica
- Grupo muy ansioso y perfeccionista, preocupados por el futuro y con miedo de cometer errores.
- Grupo sobretodo de chicas con depresión clínica y que estaban tratadas en el momento de cometer suicidio.

## **INTENTO DE SUICIDIO**

- Estudios revelan que 27% de los adolescentes habían pensado en suicidio en los últimos 12 meses, 16% habían realizado un plan, 8% habían realizado un intento y 2% habían realizado un intento que requería atención médica.
- Las chicas son 3-7 veces más frecuentes que intenten suicidio.

- Suelen estar precipitados por un problema interpersonal (familiar, afectivo etc). otros factores precipitantes son los problemas escolares, ambientes abusivos, duelo, rechazo, problemas de drogas etc
- Cuando no existen factores precipitantes suelen estar más relacionados con la existencia de una depresión
- Asociado a existencia de trastornos depresivos, trastornos de conducta y historia de consumo de drogas.
- El grupo más relacionado con los que realizan suicidio (es decir similares a los que cometen suicidio) son aquellos que tienen un alto índice de desesperanza, que preparan su intento, que dejan notas de despedida y disculpa, que utilizan métodos violentos. Desesperanza incluso es más predictor del grupo de riesgo que cometa suicidio que incluso depresión.
- Los adolescentes que realizan intentos de suicidio generalmente están más concentrados en sí mismo, tienen menos estrategias para resolver sus problemas y son mas pesimistas acerca de las posibilidades que tienen de realizarlo con éxito. La mayoría realizan el intento sin premeditación y de manera impulsiva (menor relación con el grupo que comete suicidio) y éstos tienen un menor riesgo de que estén deprimidos, de tener desesperanza.

## **CONSUMO Y ABUSO DE DROGAS**

Las drogas consumidas normalmente por los adolescentes son aquellas más aceptadas socialmente como son: alcohol, tabaco y cannabis.

Estudios realizados en el Reino Unido indican que 29% de los adolescentes bebían alcohol una vez a la semana (1986), entre 5-10% habían tomado alguna vez tranquilizantes aunque muy pocos los tomaban continuamente, entre un 3-5% de adolescentes entre 11-16 años consumían cannabis regularmente y entre los más mayores un 17% (1985,1992) y aproximadamente un 11% de los adolescentes habían probado disolventes. El uso de otras drogas como heroína y cocaína está por debajo del 1% pero el consumo de alucinógenos ha incrementado considerablemente.

Factores de riesgo que se han propuesto.



- historia familiar de consumo de alcohol o drogas, riesgo que puede estar relacionado con una predisposición genética y riesgo ambiental.
- Predisposición constitucional. Determinados individuos que tienen menos efectos negativos y más efectos positivos cuando consumen drogas
- Trastornos psiquiátricos. Consumo de drogas está muy asociado a trastornos de conducta o delincuencia.
- Factores sociales como en el área en el que se vive, si sus amigos consumen drogas etc
- Factores escolares como tener un mal rendimiento escolar.
- Sobre todo factores ambientales en el que se vive con una tolerancia al consumo de drogas como algo relativamente sano

La mayoría de los adolescentes que consumen drogas piden primariamente ayuda a un profesional no psicológico-psiquiátrico. Es importante establecer una buena relación con ellos, no alarmista pero explicando los riesgos de las drogas dentro del marco de la salud. Es muy importante establecer la severidad del consumo de drogas . Llegar a un acuerdo de las actitudes que quieren cambiar y establecer un plan. Importante el compromiso de la familia.

## • **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

- Muy prevalentes, 6-9%.
- Trastornos Generalizados de Ansiedad: Mas de un 3%.
- Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) en amplias situaciones. En especial por su rendimiento escolar, exámenes etc.
- Existe fatiga, inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, alteración del sueño etc.
- Fobias-Miedo a una situación específica. 2-4%.
- Ansiedad de separación-Miedo a la separación de padres etc-1%
- Fobia social- Miedo a la evaluación pública o a la humillación.

- Crisis de Pánico, Agorafobia

## **ABUSO SEXUAL**

- Edad mas frecuente entre 8-12 años.
- Niñas que viven con padrastros tienen 6 veces mas riesgo. 40-60% ocurren por alguien fuera de la familia.
- En U.K, Canada 6-62% de las niñas y 3-31% de los niños.
- Conducta sexualizada. Niñas erotizadas, seducción, masturbación en público, desinhibición sexual.
- Alteraciones emocionales. Culpabilidad y responsabilidad por el abuso. Sentido de marginación, victimización, aislamiento social.
-