

Cómo abordar los trastornos mentales de los adolescentes (diagnóstico y orientación)

P.J. Rodríguez Hernández. 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.

Fecha de recepción: 5 de febrero 2020

Fecha de publicación: 28 de febrero 2020

Adolescere 2020; VIII (1): 6-15

Resumen

Los problemas de salud mental afectan al 20% de los adolescentes en el mundo. Son una de las causas de consulta pediátrica de etiología no somática más frecuentes y producen un coste económico elevado debido al consecuente consumo de recursos sociales y a los problemas de salud, sociales, educativos y legales a largo plazo. Las enfermedades más frecuentes son los trastornos de ansiedad seguido de trastornos de la conducta, trastornos del estado de ánimo y trastorno por uso de sustancias. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la comorbilidad. Los adolescentes se benefician con frecuencia de varios métodos terapéuticos utilizados conjuntamente: tratamiento psicológico (terapia cognitivo conductual) y tratamiento farmacológico. En este artículo se revisa la evidencia existente en las publicaciones relacionadas con factores de riesgo y de protección, prevalencia e intervenciones destinadas a prevenir los problemas de salud mental en la adolescencia.

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

Abstract

Mental health problems affect 20% of adolescents worldwide. They are one of the main non-somatic reasons for consultation in Pediatrics and are costly due to consumption and utilization of social resources and long-term health, social, educational and legal costs associated. Anxiety disorders are the most common condition, followed by behavior disorders, mood disorders and substance abuse disorders. Early detection improves the prognosis and reduces morbidity. Adolescents often benefit from a range of treatment methods used in combination: Psychological intervention (behavioral and cognitive therapy) and pharmacological treatment. Evidence from publications on risk, protective factors, prevalence, and interventions to prevent adolescent mental health problems are reviewed.

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

La adolescencia es un periodo de la vida en la que los trastornos del comportamiento y de las emociones se presentan con síntomas significativamente distintos a la edad adulta y la infancia

Introducción

Durante la adolescencia pueden debutar la gran mayoría de los trastornos mentales de la edad adulta. Además, la expresividad clínica de muchos trastornos propios de la infancia se manifiesta con mayor intensidad y también existen problemas de las emociones y del comportamiento que son propios de este periodo de la vida. La adecuada evaluación de la salud mental de los adolescentes incluye conocer los factores de riesgo, la prevalencia de cada patología, la sintomatología específica de los cuadros clínicos más importantes y las estrategias de intervención apropiadas. La existencia de determinantes distintos a los que son propios de la salud mental infantil y de adultos exige la utilización de herramientas apropiadas para la edad. La entrevista clínica para detectar la sintomatología presente debe incluir la evaluación del grado de disfunción existente en las áreas personal, familiar, académica y social.

El diagnóstico precoz e intervención 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. A pesar de la necesidad de establecer el diagnóstico y la orientación terapéutica de manera precoz, también es fundamental analizar la existencia de estabilidad de los síntomas en el tiempo debido a que en la adolescencia son frecuentes situaciones adaptativas que producen conductas patológicas puntuales pero que son reactivas a la situación y que desaparecen en poco tiempo. Por último, se deben adaptar las estrategias de adherencia terapéutica para evitar la discontinuidad en la atención médica tan frecuente en la adolescencia⁽¹⁾.

Un buen diagnóstico y orientación precisa del conocimiento de 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. También de la prevalencia estimada de los distintos trastornos mentales en estas edades. 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. En los últimos años se ha detectado un incremento en las conductas adictivas a las nuevas tecnologías y, especialmente preocupante, un incremento en las tasas de suicidio.

En el presente artículo se realiza una revisión de las herramientas más utilizadas para un adecuado diagnóstico y orientación inicial, como son la entrevista clínica y los instrumentos (test o cuestionarios) de evaluación. Igualmente se señalan los datos epidemiológicos de interés y los factores de riesgo más importantes.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos no suelen analizar la frecuencia de los trastornos mentales separando niños y adolescentes y cuando lo hacen existen diferencias en la consideración de cuál es la edad infantil y cuál la juvenil. A pesar de ello, existe consistencia en los resultados que indican que uno de cada cinco jóvenes cumple criterios de padecer un trastorno psiquiátrico, con pocas diferencias en los resultados entre regiones geográficas y mayor diferencia dependiendo de la metodología de investigación utilizada.

Uno de los mayores metaanálisis realizados en los últimos años⁽²⁾ indica que la prevalencia se sitúa en torno al 15%. Los trastornos más frecuentes son los siguientes:

- Trastornos de ansiedad: 6,5%
- Problemas de conducta: 6%
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: 3,5%
- Depresión: 2,5%

En cuanto a la tendencia, existe consenso entre los autores en el aumento de la prevalencia en los últimos años, incluyendo distintos países y culturas. Dicho aumento es más acusado en los trastornos del ánimo⁽³⁾ entre los que destaca la depresión y que probablemente está repercutiendo en las conductas suicidas. El suicidio en España ya es la segunda causa de muerte externa en menores de 18 años, después de los accidentes. Las tentativas son más frecuentes en mujeres, mientras que los suicidios son mayores en los hombres. Los métodos suicidas más frecuentes son el ahorcamiento, la precipitación desde lugares elevados y la intoxicación medicamentosa⁽⁴⁾.

Por contra, el consumo de drogas en la adolescencia es alto aunque la tendencia es ligeramente a la baja. Más del 50% de los adolescentes ha consumido alguna sustancia ilegal y más del 30% más de una⁽⁵⁾.

En definitiva, después de los 12 años la prevalencia de los trastornos del comportamiento es elevada aunque pueden desarrollarse desde los 3 años. Los problemas de ansiedad son los más frecuentes y los del ánimo están aumentando de forma significativa. Además, destaca la adicción a las tecnologías, el consumo de drogas y, entre los 15 y los 18 años, las psicosis y los trastornos del comportamiento alimentario. Aunque desde el punto de vista global, la mayoría de los trastornos son internalizantes (fundamentalmente ansiedad y depresión), es más fácil la detección de trastornos externalizantes (hiperactividad, problemas de conducta).

Es importante conocer la prevalencia y los indicadores de riesgo así como la orientación diagnóstica a través de la anamnesis y la forma de presentación clínica de cada enfermedad

Un importante metaanálisis realizado en los últimos años indica que la prevalencia de los trastornos mentales se sitúa en torno al 15%

Existen factores de riesgo y vulnerabilidad que interfieren en el desarrollo y pueden contribuir a la aparición de un trastorno mental

Factores y signos de riesgo

Existen factores de riesgo y vulnerabilidad que interfieren en el desarrollo y pueden contribuir a la aparición de un trastorno mental aunque estas características no son predictoras del desarrollo presente o futuro de un trastorno mental, la acumulación de factores incrementa la probabilidad⁽⁶⁾. Algunas de las más importantes son:

Dependientes del ambiente

- Situaciones traumáticas vitales: Fallecimiento de un familiar, nacimiento de un hermano, separación o divorcio de los padres, ausencias prolongadas de algún progenitor, hospitalización prolongada, cambios escolares o acoso escolar.
- Características de la familia: Padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves en varios miembros de la familia, padres con déficit sensoriales, 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.

Factores biológicos

- Concepción y embarazo: 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, situaciones de riesgo prenatal como el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo.
- Circunstancias perinatales: Partos distócicos, prematuridad, sufrimiento fetal, enfermedades congénitas y malformaciones.
- Enfermedades crónicas: Asma, obesidad, epilepsia, diabetes, neoplasias, sida. Déficit sensorial y secuelas de enfermedades del sistema nervioso. Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres.

También se ha estudiado la importancia de las características psicológicas y de funcionamiento cognitivo y social del adolescente y su entorno. Constituyen factores de riesgo que se deben identificar de manera rutinaria en todos los adolescentes. Las más importantes son:

- Cociente intelectual menor de 100.
- Fracaso escolar o problemas académicos.
- Problemas conductuales en el ámbito escolar con 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.

También existen signos de riesgo que no definen por sí mismos la presencia de un trastorno pero conviene atender su progresión. La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente establece los destacables según el área afectada⁽⁷⁾:

- **SUEÑO:** Insomnio de corta duración (menos de 3 semanas) no asociado a sintomatología psiquiátrica grave. Sonambulismo. Terrores nocturnos.
- **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). Atracónes esporádicos en ausencia de conductas compensatorias (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos...). Hiperfagia o disminución de apetito importantes como una reacción a acontecimientos estresantes, sin otros síntomas psiquiátricos.

- **PSICOMOTRICIDAD:** Tics motores transitorios (menos de 1 año de duración).
- **SEXUALIDAD:** Exacerbación de las conductas sexuales normales en la adolescencia. Sexualidad prematura, indiscriminada o promiscua.
- **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.
- **COMUNICACIÓN Y LENGUAJE:** Timidez y/o eritrofobia moderadas. Miedo a la relación con el otro sexo.
- **ATENCIÓN:** Distrabilidad o inatención excesivas de inicio reciente.
- **CONDUCTA:** Pasos al acto esporádicos (fugas, robos, gestos de violencia, conducción peligrosa,...) no asociados a otros síntomas psiquiátricos. Consumo ocasional de alcohol o cannabis.
- **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 palabra).

Por último, los factores psicopatológicos presentes en el adolescente o su familia que deben analizarse por si constituyen un factor de riesgo, son los siguientes:

- Dependientes de los padres específicos para la adolescencia: 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, padres 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.
- Problemas con la justicia: Adolescentes con protección judicial, problemas con la justicia repetitivos o sometidos a medidas judiciales.
- Trastornos de la conducta: Agresividad en grupo o aislada.
- Trastornos de la alimentación: Anorexia, bulimia, dietas restrictivas y ritualizadas, obsesión por adelgazar.
- Trastornos por ansiedad: Presencia de fobias, obsesiones y compulsiones, crisis de angustia.
- Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales: Existencia de quejas sobre dolor de cabeza, cefaleas, abdominalgias, náuseas y vómitos, alteraciones en el control de los esfínteres.
- Otros cuadros psiquiátricos definidos: Depresión, ideas de suicidio, drogodependencia y/o abusos de drogas, presencia de alucinaciones/delirios.
- Debido al incremento en los últimos años del suicidio en los adolescentes, es necesario tener en cuenta los factores de riesgo suicida: Ser varón de más de 15 años, bajo nivel socioeconómico, tener un diagnóstico psiquiátrico, intento autolítico previo o historia familiar de suicidios, haber padecido una situación traumática y consumo de tóxicos⁽⁸⁾.

Anamnesis psiquiátrica

La entrevista es la herramienta principal de evaluación de la salud mental del adolescente. Aunque existen instrumentos (test, cuestionarios,...) que permiten matizar la existencia de síntomas, el diagnóstico no se puede basar únicamente en sus resultados. La entrevista con el adolescente se debe realizar a solas cuando sea posible. La Ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y su reforma del 2015, establece la mayoría de edad sanitaria en los 16 años y entre los 12 y 16 cuando la madurez de la persona sea la adecuada, a criterio de su médico.

Es necesario aprender a manejar la entrevista con el adolescente de manera que se establezca un vínculo adecuado que permita la emergencia de sus preocupaciones y problemática personal. Es importante el desarrollo de habilidades de escucha activa por parte del profesional. Los adolescentes, especialmente los de menor edad, no suelen acudir solos al médico. El establecimiento de una relación de confianza con un adolescente que viene a la consulta acompañado por un familiar no siempre es sencillo. Particularmente importante es la recepción de este nuevo paciente cuando acude

En la entrevista con el adolescente es necesario establecer un vínculo adecuado que permita la emergencia de sus preocupaciones y problemática personal

a su primera consulta “adulta” tras la edad pediátrica, en la que se puede intentar hablar con él a solas. 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 otros factores que pueden estar afectando la salud mental de la persona. Es recomendable que la información se recoja de diversas fuentes, aunque en términos generales, los adolescentes suelen ser mejores informantes que sus padres.

Algunos de los aspectos más importantes a indagar en la entrevista son:

- FAMILIA (relación con padres y hermanos y grado de satisfacción)
- AMISTADES (actividades, deportes, tipo de relaciones)
- COLEGIO-TRABAJO (rendimiento, grado de satisfacción)
- TÓXICOS (experimentación-abuso, tabaco, alcohol, drogas)
- OBJETIVOS (estudio, familia, trabajo, ideales, ilusiones)
- RIESGOS (deportes, violencia, vehículos, medicación, abuso sexual, régimen dietético)
- ESTIMA (aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen)
- SEXUALIDAD (información, identidad, actividad, precauciones)

En cuanto al formato de entrevista, el semiestructurado es el más recomendado, debido a que permite cierta flexibilidad en la realización de la historia, a la vez que proporciona una línea basal para desarrollar la entrevista. Un ejemplo de entrevista semiestructurada es la elaborada por un grupo de expertos pertenecientes a la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. En ella existen apartados comunes con cualquier entrevista clínica (antecedentes familiares y personales, desarrollo somático o alergias a medicamentos, entre otros) y apartados específicos psiquiátricos. Los 4 puntos específicos en relación a la detección precoz de trastornos mentales en la adolescencia son los siguientes:

- **HISTORIA EVOLUTIVA DE LOS TRASTORNOS O PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS PRINCIPALES.** Incluye qué le ocurre, desde cuando, a qué lo atribuye, gravedad subjetiva, evolución, consultas, tratamientos previos y resultados obtenidos, expectativas actuales y antecedentes de otros trastornos psicopatológicos, tratamiento de los mismos y resultados. Es importante detectar la existencia de episodios traumáticos que pudieran condicionar el estado actual.
- **EL ADOLESCENTE Y SU ENTORNO.** Se hace hincapié en el carácter, comportamiento, estado de ánimo, autoimagen, sus relaciones con el entorno incluyendo padre, madre, hermanos, amigos, compañeros, profesores, etc. También los juegos y actividades recreativas, las características del sueño y alimentación, la actividad habitual en un día laborable y la actividad habitual en un día festivo y en vacaciones. Resulta importante conocer los hábitos televisivos y el tipo de videojuegos más utilizados, así como el tiempo total que dedica a cada actividad, debido a la importancia de estas actividades en la actualidad. El médico debe informarse sobre el contenido de los programas televisivos y los videojuegos, así como del uso de páginas web que promueven los trastornos del comportamiento alimentario, el suicidio y las autolesiones.
- **DESARROLLO EVOLUTIVO.** Contiene las características del desarrollo psicomotor, del desarrollo del lenguaje, de la evolución afectiva, control esfinteriano, evolución de la autonomía personal, lateralización progresiva, escolaridad, sexualidad, convivencia y evolución de las separaciones de las figuras de vínculo, enfermedades somáticas e intervenciones quirúrgicas y actitud de la madre y del padre ante el desarrollo de la adolescencia.
- **EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.** Incluyendo afectividad y estado emocional, motricidad, lenguaje y comunicación, nivel cognitivo, atención, concentración, orientación, percepción, memoria, pensamiento, etc. En la adolescencia es importante respetar el principio de autonomía del paciente.

Anamnesis por patología

Cuando aparece una sospecha diagnóstica en la entrevista clínica, ésta hay que complementarla con otros datos sobre el problema en concreto. En la Tabla I se recogen las preguntas más importantes según patología. Como regla general, podremos preguntar sobre los síntomas del adolescente a través del siguiente esquema:

El formato de entrevista para evaluar la salud mental semiestructurado es el más recomendado, debido a que permite cierta flexibilidad en la realización de la historia, a la vez que proporciona una línea basal para desarrollar la entrevista

- Sospecha clínica de depresión: Valorar el estado de ánimo en las últimas semanas. Sentirse decaído, triste o irritable, desmotivado o con problemas de sueño⁽⁹⁾. En la adolescencia, la depresión se puede presentar en forma de trastornos de conducta y/o irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar o problemas del sueño entre otros. También hay que contemplar la existencia de conducta suicida, parasuicida y autolesiones.
- Ante un intento de suicidio, se deben evaluar los planes de suicidio o intentos previos, identificar factores precipitantes y de riesgo y el grado de reconocimiento de la necesidad de ayuda profesional. Los aspectos más significativos en la exploración son los siguientes:
 - La intencionalidad asociada al intento
 - El riesgo de muerte
 - La persistencia de ideas suicidas en el momento de la exploración
 - La probabilidad de volver a reincidir

En los últimos años han aumentado las conductas autolesivas en jóvenes, principalmente mujeres que, no siendo de alta letalidad, generan un malestar en la persona y en su entorno más próximo.

Otro aspecto es que entre el 15-20% de la población adolescente admite haber realizado conductas autolesivas, principalmente cortes en la piel. Aunque no conlleva alta letalidad, pueden conducir a lesiones con finalidad suicida. Aunque todavía no queda clara la motivación de las mismas, se comienzan a entrever motivos diversos como sentir alivio frente estados emocionales negativos o recibir atención. En estos casos, debe hacerse un especial hincapié en las relaciones familiares y afectivas, puesto que suelen ser detonante de dichas conductas⁽¹⁰⁾.

- Sospecha de episodio psicótico: Lo más característico de la psicosis en la adolescencia (por ejemplo de la esquizofrenia), es la presencia de trastornos de la percepción en forma de alucinaciones, fundamentalmente de tipo auditivo. En ocasiones, 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. Es útil indagar a los familiares sobre posibles conversaciones sin interlocutor (habla solitaria). Las alteraciones en el pensamiento, como por ejemplo los delirios (sentirse espiado o con la voluntad controlada) son mucho menos frecuentes, y su aparición obliga a una adecuada valoración neurológica y a descartar consumo de tóxicos. En todos los casos hay que realizar una adecuada anamnesis, exploración y exámenes complementarios antes de determinar la existencia de un trastorno mental como causa de la sintomatología psicótica.
- Sospecha de trastornos del espectro autista: Algunas formas de trastornos del desarrollo como el Síndrome de Asperger puede permanecer sin diagnóstico hasta la adolescencia, especialmente en chicas o si existe un buen desempeño académico. A la hora de valorar la presencia de problemas de la esfera del desarrollo, debemos indagar la presencia de dificultades en el área de la socialización.
- Sospecha de trastorno del comportamiento: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que puede ocasionar sintomatología conductual en la adolescencia⁽¹¹⁾. 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. Estos signos de alerta deben ser considerados junto a los factores de riesgo⁽¹²⁾.
- Sospecha de problemas de la esfera neurótica: Para investigar sobre el trastorno de ansiedad generalizada (estado de ansiedad excesiva que se mantiene a lo largo del tiempo), se pueden realizar cuestiones como: ¿te has notado nervioso o preocupado en los últimos días?, ¿estás preocupado continuamente por diferentes aspectos?, ¿te definirías como una persona miedosa o nerviosa? Para indagar sobre los trastornos de pánico, se puede preguntar sobre la presencia de ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control. Para explorar la presencia de agorafobia, la pregunta puede ser: ¿presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales? Para la fobia social, puede ser: ¿presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros? Esta última cuestión se refiere no

Ante un intento de suicidio deberemos evaluar: planes de suicidio previos, factores precipitantes y reconocimiento de la necesidad de ayuda profesional

El Síndrome de Asperger puede permanecer sin diagnóstico hasta la adolescencia, especialmente en mujeres

sólo a hablar en público, que suele ser lo que primero nos viene a la cabeza, sino también a realizar otras actividades como correr, etc. Para las fobias específicas (miedo excesivo a algo concreto), interrogamos sobre el miedo a los animales (arañas, perros...), acontecimientos determinados (tormentas...), etc⁽¹³⁾.

- Sospecha de trastorno obsesivo-compulsivo: Las preguntas sobre la presencia de obsesiones en el adolescente pueden ser: ¿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? En la adolescencia, las ideas obsesivas más frecuentes son de infección y de suciedad. En cuanto a las compulsiones, podemos preguntar sobre los comportamientos repetitivos y constantes, tales como el lavado continuo de manos, la limpieza excesiva, etc.
- Sospecha de trastornos del comportamiento alimentario: En la anorexia, pueden ser útiles las siguientes preguntas: ¿piensas que estás demasiado delgada/gruesa?, ¿te han dicho alguna vez que estás muy delgada? En cuanto a la bulimia, se puede preguntar: ¿alguna vez has comido mucho en poco tiempo, en forma de "atacón"? Otras áreas a explorar si existen indicios: ¿alguna vez te provocas el vómito? Si te parece que has comido demasiado, ¿lo compensas haciendo ejercicio físico o saltándote comidas?
- Toxicomanías: 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 faltas en el colegio, 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.
- Adicción a videojuegos: Las conductas relacionadas con el abuso de las nuevas tecnologías han aumentado en los últimos años. Hay que indagar de manera rutinaria sobre las horas de conexión a internet, horas de utilización de videojuegos y teléfonos móviles. La incapacidad para reducir su uso para no descuidar otras tareas, la irritabilidad si tiene que suspender su uso o el dejar de hacer otras cosas por estar conectado son algunas de las preguntas que pueden delimitar la utilización problemática y la adicción.
- Sueño: En los adolescentes existe un retraso de fase, por lo que es frecuente las dificultades en la conciliación del sueño y la somnolencia matutina. Es necesario explorar las parasomnias (sonambulismo, soliloquios o pesadillas) y las disomnias. Es conveniente realizar una agenda de sueño para explorar en profundidad las dificultades detectadas y hacer hincapié en las medidas de higiene del sueño de cara a prevenir posibles trastornos del sueño.

En la práctica resulta difícil discernir cuales de los síntomas identificados a través de una entrevista representan claras señales de alarma de padecimientos psíquicos. Incluso las manifestaciones conductuales o los desbordamientos emocionales, por muy aparatosos que sean, pueden ser simplemente expresión de la turbulencia y la labilidad afectiva de una adolescencia "normal", pero es necesario realizar un seguimiento de la evolución de esas señales.

Instrumentos de evaluación

Existen entrevistas de evaluación semiestructuradas, escalas y cuestionarios que ayudan en el proceso de evaluación psicopatológica en la adolescencia. Algunas son generales, utilizadas en la anamnesis o como despistaje inicial de la presencia de síntomas psiquiátricos y otros específicos para patologías concretas como la ADHD Rating Scale para TDAH, la escala de ansiedad STAI-C, el CDI de depresión, etc⁽¹⁴⁾. Algunas de las generales más importantes son:

CBCL

El Inventario del Comportamiento en Niños o CBCL⁽¹⁵⁾ (*Child Behavior Checklist*). Evalúa la presencia de psicopatología entre los 6 y los 18 años. Existen varias versiones, de 120 ítems como máximo. Consta de dos partes: La primera permite valorar habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas y la segunda problemas de conducta y afectivos.

Poseer las habilidades necesarias para utilizar los instrumentos de evaluación adecuados permite planificar las estrategias de actuación, tomar decisiones y establecer un plan terapéutico específico teniendo en cuenta la gravedad de la situación

Los ítems se agrupan en torno a 8 escalas:

- Ansiedad/depresión
- Retraimiento/depresión
- Quejas somáticas
- Problemas sociales
- Problemas de pensamiento
- Problemas de atención
- Conducta de romper normas
- Conducta agresiva

Estas escalas permiten una aproximación a un diagnóstico según el DSM. Se dispone de baremación en población española. El inventario está disponible (no gratuito) en el siguiente enlace: <http://www.ued.uab.es/menumaterial.htm>

KSADS-PL

El *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL)⁽¹⁶⁾ es una entrevista diagnóstica semiestructurada. Se administra a niños y adolescentes y permite estimar psicopatología presente y pasada y severidad de los síntomas actuales. Consta de los siguientes apartados:

- Entrevista inicial no estructurada
- Entrevista de despistaje diagnóstico
- Listado suplementario para otros trastornos
- Suplemento de síntomas diagnósticos
- Listado-resumen de los diagnósticos analizados
- Escala del nivel de disfunción

Se puede acceder a la entrevista (gratuito) en el siguiente enlace: <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/psiquiatria-psicologia-medica/KSADSEsp.pdf>

SDQ

El Cuestionario de Cualidades y Dificultades⁽¹⁷⁾ (SDQ, de sus siglas en inglés *Strengths and Difficulties Questionnaire*) es un cuestionario breve que consta de 25 ítems y que ha sido desarrollado en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Se utiliza para detectar posibles trastornos emocionales y del comportamiento en niños y adolescentes entre 4 y 16 años. Se administra a padres y profesores, existiendo una única versión para ambos. Las 5 escalas que contempla el SDQ son:

- Sintomatología emocional
- Problemas de comportamiento
- Hiperactividad
- Problemas de relaciones con iguales
- Conducta prosocial

Las cuatro primeras hacen referencia a dificultades conductuales y emocionales y la quinta a conductas positivas de socialización. Cada una de las escalas consta de 5 ítems, por lo que la puntuación oscila entre 0 y 10. Además, la suma de las puntuaciones de las 4 primeras escalas, las que valoran dificultades, conforma una sexta escala denominada total de dificultades y que puntúa entre 0 y 40.

El Cuestionario se puede obtener de manera gratuita en internet para fines no comerciales (www.sdqinfo.com). Se encuentra disponible en más de 40 idiomas, entre ellos el español, el catalán, el euskera y el gallego.

La corrección y los puntos de corte de la versión en español se pueden obtener en el siguiente enlace: <http://aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/169>

Tablas y figuras

Tabla I. Esquema general de las preguntas por patología

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	<p>¿Te has notado nervioso o preocupado en los últimos días?</p> <p>¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos?</p> <p>¿Te definirías como una persona miedosa o nerviosa?</p>
TRASTORNO DE ANGUSTIA	<p>¿Tienes ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control?</p>
AGORAFOBIA	<p>¿Presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales?</p>
FOBIA SOCIAL	<p>¿Presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros?</p>
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	<p>¿Presentas pensamientos raros, repetitivos o desagradables?</p> <p>¿Estos pensamientos te causan preocupación, malestar o no los puedes eliminar de tu pensamiento?</p> <p>¿Hay cosas que tienes que hacer o si no te pones nervioso?</p>
DEPRESIÓN	<p>¿Cómo has estado de ánimo en las últimas semanas?</p> <p>¿Te has encontrado decaído, triste o irritable?</p> <p>¿Te ha notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño?</p>
SUICIDIO	<p>A veces la gente está tan desesperada que piensa que sería preferible estar muerto, ¿te ha sucedido esto a ti alguna vez?</p> <p>¿Alguno de tus amigos ha intentado suicidarse alguna vez?</p> <p>¿Has pensado tú en el suicidio?, ¿qué has pensado exactamente?</p> <p>¿Has intentado suicidarte alguna vez?, ¿cómo?</p>
ESQUIZOFRENIA	<p>Es útil indagar a los familiares sobre posibles conversaciones sin interlocutor (habla solitaria)</p>
TRASTORNO BIPOLAR	<p>¿Te has encontrado "demasiado bien" o eufórico últimamente?</p> <p>¿Te has visto irritable, expansivo o con una velocidad de expresión acelerada?</p>
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	<p>¿Te cuesta hacer nuevos amigos y relacionarte con los demás?</p> <p>¿Presentas dificultades para mantener relaciones sociales?</p> <p>¿Te encuentras demasiado aislado?</p>

Bibliografía

- 1.- Rodríguez Hernández PJ, Hernández González ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; 21: 334-42.
- 2.- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the world prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56:345-65.
- 3.- Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics* 2016; 138:e20161878.
- 4.- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2016 [consultado 30 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=05002.px>.
- 5.- Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Rodríguez ML, Rodríguez L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16:125-34.
- 6.- McGrath JJ, WrayNR, Pedersen CB, Mortensen PB, Greve AN, Petersen L. The association between family history of mental disorders and general cognitive ability. *Transl Psychiatry*. 2014; 4:e412.
- 7.- AEPNYA. Protocolos clínicos. Signos de riesgo en la adolescencia. Madrid: Ed. Siglo SL, 2010.
- 8.- Mamajón Mateos M. Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En: Anseán Ramos A, editor. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2015. p. 521-46.
- 9.- 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: 217-225.
- 10.- Díaz de Neira M et al. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015; 8:137-45.
- 11.- Rodríguez PJ, González I, Gutiérrez AM. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatr Integral*. 2015; 19: 540-47.
- 12.- 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.
- 13.- Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Secley JR. Anxiety disorders in adolescents psychosocial outcomes at age 30. *J Affect Disord*. 2014; 163: 125-32.
- 14.- Rodríguez PJ, Pérez EE. Utilización de cuestionarios/test psicométricos en pediatría de Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2012; 16: 810.e1-810.e7.
- 15.- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2001.
- 16.- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:980-8.
- 17.- Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Alvarez EJ, De las Cuevas-Castrejana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychology*. 2012;12:265-79.

Bibliografía recomendada

- Gunnell D, Kidger J, Elvidge H. Adolescent mental health in crisis. *BMJ* 2018; 361:k2608.
- Das JK, et al. Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *J Adolesc Mental Health* 2016; 59:s1-s3.
- Sagar R, Krishnan V. Preventive strategies in child and adolescent psychiatry. *Indian J Soc Psychiatry*; 2017;33: 118-22.
- 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.
- 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.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Indique la respuesta CORRECTA en relación a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos de la adolescencia:**
 - a) Se pueden desestimar los trastornos mentales de la adolescencia ya que su prevalencia es menor al 0,5%.
 - b) Los trastornos de ansiedad son los menos frecuentes.
 - c) 1 de cada 5 adolescentes ha padecido o padece algún tipo de problema relacionado con la salud mental.
 - d) La prevalencia ha disminuido de manera notable en los últimos años.
 - e) La depresión es el trastorno mental más frecuente.

- 2. Establezca cuál de los siguientes no constituye un factor de riesgo o vulnerabilidad para la salud mental del adolescente:**
 - a) Prematuridad.
 - b) Sufrimiento fetal.
 - c) Padecer una enfermedad crónica.
 - d) Cociente intelectual por encima de 110.
 - e) Existencia de problemas familiares.

- 3. Señale la respuesta FALSA en relación a la anamnesis psiquiátrica en la adolescencia:**
 - a) Es necesario crear un clima de confianza.
 - b) No se debe hablar a solas con el adolescente si no ha cumplido los 18 años.
 - c) Es la herramienta principal de evaluación en salud mental.
 - d) El médico debe desarrollar habilidades de escucha activa.
 - e) En la entrevista se debe indagar sobre el entorno (familia, amigos...)

- 4. En la exploración de un intento de suicidio, se deben averiguar los siguientes datos EXCEPTO:**
 - a) La intencionalidad asociada al intento.
 - b) El riesgo de muerte.
 - c) La persistencia de ideas suicidas en el momento de la exploración.
 - d) La probabilidad de volver a reincidir.
 - e) La distancia entre el lugar en el que ha ocurrido el intento y el servicio de urgencias.

- 5. Indique la respuesta CORRECTA sobre los instrumentos de evaluación en los trastornos mentales de los adolescentes:**
 - a) Sólo mediante test se puede establecer el diagnóstico.
 - b) El Inventario de Comportamiento en Niños consta de 10 ítems.
 - c) El SDQ valora sintomatología emocional, problemas de comportamiento, hiperactividad, problemas de relaciones con iguales y conducta prosocial.
 - d) El SDQ es terriblemente caro.
 - e) El SDQ permite valorar posibles trastornos mentales y del comportamiento sólo cuando son contestados por el paciente.