

# Trastornos psiquiátricos en la adolescencia

**P. Sánchez Mascaraque.** Psiquiatra infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

## Resumen

La adolescencia es una etapa en la que la interacción que se da entre la plasticidad cerebral y los acontecimientos ambientales es irreplicable. Se produce una remodelación neuronal que permite mejorar la comunicación entre las regiones corticales y las subcorticales, facilitándose el funcionamiento de los sistemas sensorio motor, motivacional, emocional y cognitivo. La aparición de psicopatología dependerá de aspectos genéticos, de la interacción entre los cambios hormonales, de la presencia de psicopatología previa y por supuesto de factores ambientales. En este artículo se hará una breve revisión de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la adolescencia.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Trastornos psiquiátricos; Depresión; Ansiedad.*

## Abstract

Adolescence is a stage with a unique interaction between brain plasticity and environmental events. A neural remodeling takes place which improves the communication between cortical and subcortical regions, facilitating the operation of sensory-motor, motivational, emotional and cognitive systems. The manifestation of psychopathology will depend on genetic aspects, hormonal influence, the existence of previous psychopathology and environmental factors. This article will briefly review the most common psychiatric disorders in adolescence.

**Keywords:** *Adolescence; Psychiatric disorders; Anxiety; Depression.*

## Introducción

La adolescencia se puede definir como la transición entre la infancia y la edad adulta, comienza con el inicio de la pubertad pero no hay criterios que determinen cuando acaba. Durante su transcurso se produce una reorganización biológica, cognitiva, emocional y social dirigida a que el individuo consiga adaptarse a las expectativas y exigencias culturales implicadas en convertirse en adulto.

La adolescencia es una etapa en la que la interacción que se da entre la plasticidad cerebral y los acontecimientos ambientales es irrepetible. <sup>(1)</sup> Cambios y adaptación son fenómenos que van a determinar el paso a la edad adulta. La adolescencia está caracterizada por la acentuada reactividad emocional, sensibilidad a la influencia de pares, impulsividad y búsqueda de emociones, todo ello asociado a una capacidad limitada de autocontrol para afrontar estas emociones y comportamientos, unido a cambios hormonales y neurobiológicos especialmente en determinadas áreas del cerebro y grupos celulares. La idea de que los adolescentes son conflictivos en su mayoría y tienen muchos trastornos psiquiátricos es falsa pero sí es cierto que en esta transición de la infancia a la edad adulta se puede producir cambios evolutivos que van desde la remisión de los síntomas hasta la cronicidad. Algunos de los cambios que se producen se deben al fenómeno de poda neuronal. <sup>(2)</sup> Durante la infancia se produce un incremento sustancial del volumen de materia gris en la corteza cerebral. En la adolescencia se produce un extenso proceso de poda de sinapsis corticales lo que supone una reducción de materia gris junto con un aumento de la mielinización. Esta remodelación neuronal permite mejorar la comunicación entre las regiones corticales y las subcorticales, facilitándose el funcionamiento de los sistemas sensorio motor, motivacional, emocional y cognitivo. La aparición de psicopatología dependerá de aspectos genéticos, de la interacción entre los cambios hormonales, de la presencia de psicopatología previa y por supuesto de factores ambientales. En este artículo se hará una breve revisión de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la adolescencia. En la adolescencia con frecuencia aparecen situaciones conflictivas de crisis en el entorno familiar por disputas ante la necesidad del adolescente de autonomía y su evidente dependencia aún de los padres, amenazas de abandono prematuro estudios, aislamiento total de su familia, vinculación con amigos que no parecen a sus progenitores los más recomendables, inicio de relaciones sexuales, de consumo de tóxicos...El pediatra y o médico de familia deben evaluar qué situaciones son susceptibles de asesoramiento y manejo en su consulta y cuales por su potencial mala evolución debe derivar a un dispositivo especializado. En este artículo sólo se van a abordar los problemas de conducta, los trastornos depresivos, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y la esquizofrenia.

**En la adolescencia se produce un extenso proceso de poda de sinapsis corticales lo que supone una reducción de materia gris junto con un aumento de la mielinización. Esta remodelación neuronal permite mejorar la comunicación entre las regiones corticales y las subcorticales, facilitándose el funcionamiento de los sistemas sensorio motor, motivacional, emocional y cognitivo.**

## Trastorno de conducta en la adolescencia

Comenzamos con este trastorno por ser uno de los más prevalentes en las consultas de psiquiatría infantil y uno de los principales motivos de ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátricas de adolescentes (hasta un 25% de los ingresos). Genera grave disfunción en la convivencia familiar y no menos problemas en el entorno escolar. La presencia de conductas agresivas, destrucción de bienes ajenos, el engaño, robo y violación de las normas sociales se diagnostica como trastorno de conducta o trastorno disocial. La prevalencia es de hasta 4:1 a favor de los varones.

**Clínica:** El diagnóstico se hace en base a los criterios del DSM-5 <sup>(3)</sup> Tabla1. Criterios para el diagnóstico de trastorno de la conducta según DSM-5

La novedad del DSM-5 es la inclusión de la presencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (DIA) en los criterios diagnósticos a través de la especificación "con emociones pro sociales limitadas". Los adolescentes con estos rasgos estarían cerca del diagnóstico de psicopatía en la edad adulta y son los casos de peor pronóstico. Son niños que muestran ausencia de remordimiento o

**Cuanto más precoz es el inicio de TC peor el pronóstico. Es clave la detección precoz para la prevención.**

de culpa, falta de empatía, despreocupación por su rendimiento y afecto superficial. Cuanto más precoz es el inicio del trastorno de conducta peor es el pronóstico, en edades tempranas es habitual que se preceda de un trastorno negativista desafiante y que tenga comorbilidad con TDAH. Entre un 40-50% de niños y adolescentes con diagnóstico de TC acaban teniendo diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta pero también muchos de ellos desaparecen en la edad adulta en especial los de inicio en la adolescencia. En las chicas es más frecuente el inicio en la adolescencia y son más raras las conductas agresivas. Es importante diferenciar la agresión reactiva que es la que se produce de forma impulsiva en respuesta a una amenaza, a la frustración o a una agresión, de la agresión instrumental que es la que se produce de forma premeditada. Los adolescentes con agresividad instrumental tienen más riesgo de conductas delictivas y abuso de alcohol y con más frecuencia rasgos DIA. Los problemas de conducta de estos menores guardan menos relación con las pautas educativas de los padres y tienen peor pronóstico.

La comorbilidad en el TC es muy habitual, en especial con el trastorno negativista desafiante que puede preceder al TC, también con TDAH sobre todo en los de inicio temprano, con trastornos de ansiedad, afectivos y consumo de sustancias. Existen factores de riesgo asociados a la aparición de TC que tienen que ver con factores individuales de cada niño como su temperamento o inteligencia, factores familiares en especial maltrato o exposición a violencia y factores sociales. <sup>(4)</sup> Cuando el TC debuta en la adolescencia hay que ser cauto en el diagnóstico porque puede tratarse de una exacerbación de su rebeldía e imitación de conductas de su grupo, y un diagnóstico erróneo de esta gravedad puede estigmatizar y empeorar el pronóstico.

**Tratamiento:** Como se ha visto los casos más graves son los de inicio precoz por lo tanto es clave la detección precoz para la prevención, a mayor edad menos eficacia del tratamiento. La modalidad de tratamiento es psicosocial con intervenciones con el niño, la familia y el colegio. El tratamiento farmacológico se reserva para casos graves de agresividad y violencia.

## Trastornos depresivos en los adolescentes

El concepto de depresión en la infancia aparece históricamente ligado a los efectos de la separación temprana del bebé de su madre como causa, en la actualidad los criterios diagnósticos empleados son los mismos que en la edad adulta. Las cifras de depresión en la infancia oscilan entre un 0.6% -4.6% en niños y un 1.6%-8% en adolescentes. En la infancia tienen más peso los factores ambientales y en la adolescencia los genéticos. Es un diagnóstico que con frecuencia pasa inadvertido y los niños no reciben tratamiento.

**Diagnóstico.** Se hace con los criterios DSM-V. Tabla 2

La depresión infantil suele ser reactiva a un acontecimiento negativo, la irritabilidad puede sustituir o acompañar a la tristeza y suele haber manifestaciones conductuales como peleas, oposiciónismo, protestas y rebeldía desmesurada. Por eso ante un trastorno de conducta siempre hay que descartar un cuadro depresivo subyacente.

**Los adolescentes con depresión suelen tener problemas en el consumo de drogas, alcohol y conductas de riesgo.**

La edad modula la manifestación de la depresión, hasta la pubertad son frecuentes las somatizaciones y problemas de conducta, en la adolescencia irrumpen los síntomas emocionales como consecuencia de la maduración cognitiva. En la adolescencia hay un incremento de esta patología y una clara predisposición por el sexo femenino después de los 12 años. El principal predictor de depresión en la adolescencia es haberla padecido ya en la infancia y esta evolución a su vez predice nuevos episodios en la edad adulta. Los adolescentes con síndrome depresivo (SD) son más proclives a tener problemas de consumo de alcohol, drogas, conducta alimentaria y conductas de riesgo.

La comorbilidad en los SD es habitual, con trastornos de ansiedad hasta en un 40% lo que hace pensar en que comparten mecanismos etiopatogénicos, también con trastornos de conducta y con TDAH.

Existe otro diagnóstico que en general reviste menos gravedad pero mayor cronicidad que es el trastorno depresivo persistente o distímico. La diferencia básica es la duración que debe ser al menos de un año, la evolución es crónica, insidiosa y fluctuante y la gravedad de los síntomas es menor. Hasta un 50% de estos niños acaban desarrollando un cuadro depresivo mayor.

La etiología de los trastornos depresivos es compleja y multifactorial, a continuación se hace un repaso de los factores implicados

1. Factores neuroendocrinos y genéticos
2. Temperamento, fundamentalmente emotividad negativa, baja autoestima y miedos generalizados.
3. Personalidad. Surge como consecuencia de la interacción del temperamento con el ambiente. Neuroticismo e introversión aumentan la vulnerabilidad a la depresión.
4. Factores familiares. El antecedente de un apego inseguro con la madre, tener una madre deprimida (un 40% de niños deprimidos tiene una madre depresiva), estilos educativos basados en la falta de afecto, hostilidad, maltrato, rechazo manifiesto de los padres hacia el hijo o en el otro polo la sobreprotección así como malas relaciones familiares son factores de riesgo de depresión.

**Tratamiento de los Trastornos Depresivos.** Es de tipo psicológico y farmacológico.

El tratamiento farmacológico de inicio se reserva para los casos graves, los moderados resistentes a la psicoterapia, cuando hay antecedentes familiares de depresión sobre todo si hay ideación autolítica y si hay riesgo de suicidio. Las psicoterapias indicadas son la cognitivo-conductual y la interpersonal.

Los antidepresivos de elección son los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) en concreto la fluoxetina, ha sido aprobado en la FDA (Food and Drug Administration Americana) también el escitalopram. La dosis de fluoxetina es de 10 a 20 mg día según el peso del niño. La medicación se debe mantener durante unos seis meses después de la remisión de los síntomas.

De reciente incorporación al DSM-V es un nuevo trastorno que se denomina Trastorno por Conducta perturbadora con disregulación del estado de ánimo <sup>(5)</sup>. Son niños con una irritabilidad crónica, humor negativo y ataques de ira (rabietas) que pueden suscitar confusión con un trastorno bipolar o aún más con un trastorno negativista desafiante con el que tienen gran comorbilidad. Su existencia se ha debatido entre diversos grupos de investigación. Este trastorno predice depresión mayor, ansiedad generalizada y distimia en la edad adulta. El tratamiento farmacológico más eficaz para esta irritabilidad crónica es la risperidona a dosis bajas. La terapia conductual también es eficaz.

**El tratamiento farmacológico de inicio se reserva para los casos graves, los moderados resistentes a la psicoterapia, cuando hay antecedentes familiares de depresión sobre todo si hay ideación autolítica y si hay riesgo de suicidio. Las psicoterapias indicadas son la cognitivo-conductual y la interpersonal.**

## Trastorno bipolar

En los últimos 20 años se ha incrementado de forma notable este diagnóstico en niños y adolescentes, las causas pueden estar en relación a un mayor conocimiento de que se puede dar en esta edad pero también a un solapamiento con problemas conductuales y cuadros de disregulación severa del estado de ánimo que pueden hacer que se sobrediagnostique. Los criterios diagnósticos son los mismos que en la edad adulta pero con algunas peculiaridades:

- Mayor porcentaje de episodios mixtos
- Mayor tendencia a ciclos rápidos
- Síntomas maníacos e hipomaniacos intercalados con síntomas depresivos
- Altos niveles de irritabilidad
- Elevados porcentajes de comorbilidad con TDAH y trastornos por conducta perturbadora
- El consumo de sustancias y los intentos autolíticos son también típicos de este trastorno en la adolescencia

Existe controversia sobre si en la infancia en la que es inusual la presencia de los síntomas de euforia y grandiosidad, tendrían su equivalente en la irritabilidad crónica severa acompañada de agresión y labilidad emocional. Estos aspectos contribuyen a la complejidad del diagnóstico.

El tratamiento es farmacológico, los fármacos eficaces son los estabilizadores del ánimo litio: ácido valproico, carbamacepina y lamotrigina, y los neurolépticos de segunda generación: risperidona, olanzapina, quetiapina y aripiprazol. Siempre se aconseja que se acompañe de terapia psicosocial.

## Trastornos de ansiedad en la adolescencia

**Los trastornos de ansiedad en la infancia cambian su expresión clínica según la edad, los miedos infantiles en la adolescencia se sustituyen por miedo al fracaso escolar, a la competencia social y las cuestiones de salud.**

La ansiedad es una de las formas más frecuentes de psicopatología en la adolescencia, presentando tasas de prevalencia entre un 10 y 20%. Los trastornos de ansiedad en la infancia cambian su expresión clínica según la edad, los miedos infantiles en la adolescencia se sustituyen por miedo al fracaso escolar, a la competencia social y las cuestiones de salud.<sup>(6)</sup>

La adolescencia es una etapa de cambios y retos, cambios físicos, elección de estudios, necesidad de autonomía respecto a los padres, inicio de vida laboral, la importancia de la aceptación e integración al grupo de sus iguales y las primeras relaciones afectivas de pareja. La ansiedad puede aparecer en este contexto sobre todo si ha habido manifestaciones previas en edades más tempranas. En la infancia el cuadro más frecuente es la ansiedad de separación que aparece normalmente antes de los seis años, tiende a disminuir a partir de los 12 y no se diagnostica a partir de los 18 años.

En la adolescencia son más frecuentes los trastornos de ansiedad en las chicas, en especial los ataques de pánico y las fobias específicas. Es la edad en que debuta la fobia social y los ataques de pánico. La presencia de síntomas de ansiedad en la adolescencia duplica el riesgo de padecer ansiedad en la edad adulta, también aumenta el riesgo de depresión, abuso de sustancias y fracaso escolar.

Se describen brevemente algunos de los trastornos de ansiedad más frecuentes: Ataques de pánico o crisis de angustia, agorafobia, trastorno por ansiedad de separación y fobia social.

Los ataques de pánico o crisis de angustia se caracterizan por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña al menos de 4 de los siguientes síntomas somáticos o cognoscitivos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez, acompañándose a menudo de una sensación de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

La agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o donde, en el caso de padecer una crisis de angustia o síntomas similares

**La presencia de síntomas de ansiedad en los adolescentes duplica el riesgo de depresión, abuso escolar y fracaso escolar.**

puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad suele conducir a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones. A menudo a los pacientes les resulta más fácil exponerse a la situación temida si están acompañados por un conocido.

El trastorno por ansiedad de separación es la angustia intensa y desproporcionada que experimenta el niño o adolescente cuando tiene que afrontar o sólo anticipar la separación de sus padres o de las personas que le cuidan (por ejemplo al ir al colegio, ir de campamento, al acostarse...). Puede ser precursor de depresión o trastornos de ansiedad en la edad adulta.

La fobia social es el temor persistente ante situaciones que impliquen el contacto social con otras personas, principalmente si se trata de desconocidos. El adolescente experimenta miedo, vergüenza, sentido del ridículo, y verdaderos ataques de pánico ante circunstancias en las que ha de exponerse en público (acudir a una celebración, estar o comer con desconocidos en grupo, hablar en público...). Estas actividades generan miedo que se acompaña de manifestaciones somáticas tales como rubor, sudoración, temblor, tartamudez y un acusado sentido del ridículo. Para huir de tales situaciones desarrollan conductas evitativas que limitan su vida.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo disminuir la sintomatología, evitar complicaciones a largo plazo y prevenir la aparición de trastornos depresivos y de ansiedad en la edad adulta. La psicoterapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico han demostrado ser eficaces. Los psicofármacos cuya eficacia ha sido demostrada en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad son los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), sertralina, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram.

## Trastornos de la conducta alimentaria

La adolescencia es la edad en que con más frecuencia debutan los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La preocupación por la imagen corporal, la necesidad de aprobación social y la influencia del modelo estético corporal imperante hacen que el adolescente sea vulnerable a desarrollar TCA. Los TCA en el DSMV han sufrido algunas modificaciones y se describen la Anorexia Nerviosa, la Bulimia, el Trastorno por Atracón, el Trastorno por Evitación/Restricción de la ingesta de comida y la Pica y el Trastorno por Rumiación.

### Anorexia Nerviosa (AN)

El diagnóstico se hace con los criterios DSMV. Ver Tabla 3

Es más frecuente en las chicas, con una relación de 9 a 10 chicas por cada chico. La edad de mayor incidencia es entre los 15 y los 19 años. La clínica consiste en síntomas cognitivo-emocionales (distorsión o insatisfacción por la imagen corporal, deseo persistente de bajar peso y miedo a subir de peso), conductuales (todas las conductas orientadas a perder peso) y biológicos (secundarios a la malnutrición y a las conductas compensatorias). En los varones más que la delgadez, el objetivo es un cuerpo musculado. Con frecuencia puede aparecer en la evolución una bulimia nerviosa. La curación se suele dar en un 70-80% de los casos pero la duración de la enfermedad es larga, requiriendo los casos graves de años de tratamiento. Hasta en la mitad de los pacientes puede perdurar algún tipo de TCA parcial que con frecuencia coexiste con otro trastorno psiquiátrico.

Los TCA tienen gran comorbilidad psiquiátrica, en especial con depresión, trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la personalidad.

El tratamiento comienza con la evaluación médica que debe hacer el pediatra o médico de familia para en primer lugar descartar que sea una enfermedad médica la causante de la pérdida de peso y

**La adolescencia es la edad en que con más frecuencia debutan los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La preocupación por la imagen corporal, la necesidad de aprobación social y la influencia del modelo estético corporal imperante hacen que el adolescente sea vulnerable a desarrollar TCA.**

**Los TCA tienen gran comorbilidad psiquiátrica: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la personalidad.**

para determinar la gravedad de la desnutrición.<sup>(7)</sup> Hay que controlar la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, la bradicardia es indicativa de gravedad y puede determinar la indicación de ingreso hospitalario. El tratamiento de la anorexia nerviosa (AN) incluye el tratamiento nutricional, psicológico, psicosocial y a veces farmacológico. Los criterios de ingreso son: bradicardia, frecuencia cardiaca igual o menor de 45 pulsaciones por minuto, IMC igual o menor a 14-15, nula ingesta de alimentos o líquidos, alteraciones hidroelectrolíticas, hematemesis, riesgo suicida y comorbilidad severa.

## Bulimia Nerviosa (BN)

Muchos pacientes con AN viran a BN. Su debut suele ser en la adolescencia tardía y adultos jóvenes. El diagnóstico se hace siguiendo los criterios del DSMV. Tabla 4.

Normalmente los atracones aparecen tras un periodo de ayuno y se siguen de sentimientos de culpa, ansiedad y empeoramiento de la imagen corporal por lo que se suele seguir de vómitos y periodos posteriores de ayuno prolongado para compensar. En esta patología es habitual la presencia de conductas de riesgo en relación a la impulsividad: autolesiones, consumo de alcohol y drogas, tentativas de suicidio, episodios de cleptomanía...La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es habitual, en especial con depresión (entre un 40 y 80 %) y trastorno de personalidad límite y abuso de alcohol.

El tratamiento más eficaz es la psicoterapia cognitivo-conductual, también ha resultado ser útil la terapia interpersonal. Se debe acompañar de un asesoramiento dietético. A diferencia de la AN, los psicofármacos si son eficaces en el tratamiento. Los fármacos empleados con eficacia demostrada son la fluoxetina a dosis altas (60 mg) y los fármacos anti-impulsivos siendo el topiramato el más estudiado.

Es novedad en el DSM V la aparición del diagnóstico de Trastorno por Evitación/ Restricción de la Ingesta de la Comida. Consiste en una disminución de la ingesta de la comida de forma crónica que repercute en un desarrollo poco adecuado. Aparece en la infancia, y más rara vez en la adolescencia. Los síntomas físicos son los propios de la malnutrición que pueden llegar a ser graves. El origen del trastorno no está claro y puede deberse a inapetencia y o, aversión a determinadas características sensoriales de la comida como textura, olor..., lo que lleva a restringir muchos alimentos. A veces se desencadena con una disfagia funcional o fobia a la deglución que se precipita tras un atragantamiento y que lleva aun miedo intenso a comer y tragar. Estos niños pueden tener psicopatología asociada sobre todo trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, discapacidad intelectual y autismo. En ocasiones se asocia a un temperamento difícil del niño y una dinámica familiar alterada por la conflictividad que existe en torno a la hora de las comidas. El pediatra debe descartar patología somática de base en especial problemas gastrointestinales, alergias o intolerancias alimentarias y trastornos neurológicos o neuromusculares.

El tratamiento debería empezar con la prevención y asesoramiento a los padres con pautas psicoeducativas cuando se detecta el problema. Las intervenciones son individualizadas dependiendo de cómo se inició el trastorno, exposición conductual a la comida, enseñar al niño a manejar la ansiedad y también a sus padres.

## Esquizofrenia en la adolescencia

La presencia de síntomas psicóticos aislados no implica tener una esquizofrenia, en niños y adolescentes este tipo de síntomas es más elevado que en la edad adulta. La epidemiología de los primeros episodios psicóticos en adolescentes no es bien conocida, se estima una prevalencia para adolescentes de 13 años de 0.9/ 10.000 y para jóvenes de 18 años de 17.6/ 10.000.

**El tratamiento es la psicoterapia cognitivo-conductual, dieta y psicofármacos.**

Los criterios diagnósticos que se emplean en esquizofrenia en la infancia son los mismos que en la edad adulta. En los niños se habla de esquizofrenia de inicio muy temprano si debuta antes de los 13 años y si lo hace entre los 13 y los 17 años se denomina de inicio temprano.

Los síntomas en la esquizofrenia se dividen en síntomas positivos, negativos, motores, afectivos y cognitivos.

Los síntomas positivos incluyen las ideas delirantes, las alucinaciones y los trastornos de la vivencia del yo (difusión, robo o control del pensamiento). Los síntomas negativos incluyen la apatía, abulia, falta de interés, pobreza de pensamiento, perseveración y aplanamiento afectivo. Pueden confundirse con los efectos secundarios de la medicación o con síntomas depresivos. Los síntomas motores son el estupor catatónico, las estereotipias, el negativismo, la inquietud y la agitación. Los síntomas desorganizados son los comportamientos inadecuados que no se corresponden con la situación dada, los trastornos de curso del pensamiento o alteración en el proceso del pensamiento que se pueden manifestar en un lenguaje vago, circunstancial, prolijo o incoherente con uso de neologismos. Los síntomas afectivos son la ansiedad, irritabilidad y bajo estado de ánimo. En cuanto a los síntomas cognitivos consisten en dificultad de concentración, merma en la capacidad de abstracción, memoria etc.,

La esquizofrenia evoluciona en fases, existe una fase premórbida en la que se aprecian alteraciones en el desarrollo en los niños, principalmente retraso en el desarrollo motor, problemas atencionales, del lenguaje y del desarrollo motor. Se sigue de la fase de pródromos que comprende desde el primer cambio apreciable de conducta hasta los primeros síntomas psicóticos, puede durar años y los síntomas más frecuentes son los depresivos, negativos y el empeoramiento funcional y social. Se sigue del debut del primer episodio y de la fase de mantenimiento.

La etiología de la esquizofrenia sigue siendo desconocida, a la teoría genética cada vez más sustentada se añade al ambiental con ejemplos como la alta prevalencia de infecciones en la madre durante el embarazo o déficits vitamínicos (folato) y complicaciones perinatales. Tras el nacimiento, el consumo de cannabis parece aumentar el riesgo de esquizofrenia en pacientes vulnerables.

La etiología del neurodesarrollo se ha ido consolidando, habría un neurodesarrollo alterado desde el nacimiento. Esta teoría se sustenta en la mayor frecuencia en esquizofrénicos de antecedentes de complicaciones obstétricas, anomalías físicas leves, anomalías volumétricas cerebrales y en la citoarquitectura cortical y la presencia de dificultades neurocognitivas y neuromotoras previas al debut de la enfermedad. El inicio de la enfermedad de forma precoz y su inicio insidioso que es el típico en la infancia, son indicadores de mal pronóstico.

En la actualidad las campañas de prevención se basan en la detección de adolescentes de alto riesgo de padecer esquizofrenia. Los criterios para considerar ese alto riesgo son la presencia de síntomas psicóticos atenuados en los 12 meses previos, la presencia de síntomas psicóticos breves e intermitentes, tener un familiar de primer o segundo grado con psicosis y haber tenido un declive en el funcionamiento social y académico.<sup>(8)</sup>

El tratamiento de la esquizofrenia es farmacológico y psicosocial<sup>(9)</sup>. Los fármacos indicados son los neurolepticos típicos o atípicos de segunda generación. La risperidona es el fármaco más estudiado pero también se utilizan la olanzapina, quetiapina y aripiprazol. La olanzapina está indicada en casos resistentes. El tratamiento psicológico indicado es psicoeducación, técnicas de distracción del pensamiento, de habilidades sociales y rehabilitación cognitiva si ha habido deterioro.

**La esquizofrenia evoluciona en fases, existe una fase premórbida en la que se aprecian alteraciones en el desarrollo en los niños, principalmente retraso en el desarrollo motor, problemas atencionales, del lenguaje y del desarrollo motor.**



## Tablas y Figuras:

### Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de trastorno de conducta según DSMV

A) Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes de la edad, manifestándose por la presencia de 3 o más de los siguientes 15 criterios de cualquiera de las categorías que aparecen a continuación durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:
<b>Agresión a personas y animales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros</li> <li>2 A menudo inicia peleas físicas</li> <li>3 Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave</li> <li>4 Ha manifestado crueldad física con otras personas</li> <li>5 Ha manifestado crueldad física con animales</li> <li>6 Ha robado enfrentándose a la víctima</li> <li>7 Ha forzado a alguien a una actividad sexual</li> </ol>
<b>Destrucción de la propiedad</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>8 Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves</li> <li>9 Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas</li> </ol>
<b>Fraudulencia o robo</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>10 Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona</li> <li>11 A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones</li> <li>12 Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima pero sin allanamientos o destrozos</li> </ol>
<b>Violaciones graves de normas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>13 A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, un comportamiento que inició antes de los 13 años</li> <li>14 Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en casa de sus padres o un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)</li> <li>15 Suele hacer novillos en la escuela, práctica iniciada antes de los 13 años de edad</li> </ol>
B) El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral
C) Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

## Tabla 2. Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor según el DSMV

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas que representen un cambio respecto al funcionamiento previo; uno de los síntomas debe ser

- 1) estado de ánimo depresivo, o
- 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer

1 Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2 Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día

3 Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en menos de un mes), o pérdida del apetito casi cada día. En niños y adolescentes fracaso en lograr el aumento de peso esperable

4 Insomnio o hipersomnia casi cada día

5 Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día

6 Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día

8 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día

9 Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

C) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica

D) La ocurrencia de un episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otros trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos

E) No ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

### Tabla 3. Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa según DSMV

A) Restricción de la alimentación en relación con las necesidades energéticas hasta presentar un peso significativamente bajo respecto al esperado según la edad, género, desarrollo y estado de salud. Tener un peso significativamente bajo se define como un peso menor a la franja mínima de normalidad o, en niños y adolescentes, menor al mínimo esperado
B) Presencia de miedo intenso a ganar peso o a volverse obeso o persistencia de conductas que interfieren en la recuperación del peso, incluso estando en bajo peso
C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso
Se especifica si es de tipo restrictivo o purgativo (presencia de vómitos autoinducidos, o abuso de laxantes, diuréticos o enemas)
También se especifica si está en remisión parcial o completa
Se especifica la gravedad: leve, moderada o extrema, en función del IMC (índice de masa corporal)

### Tabla 4. Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa según DSMV

A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias</li> <li>2 Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</li> </ol>
B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico
C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante un periodo de 3 meses
D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa
Se debe especificar si es de tipo purgativo o no purgativo y la gravedad actual: leve, moderada o grave

## Bibliografía:

1. Lee et al. *Mental Health: Opportunity and Obligation*. Science 31 octubre 2014 vol 346 no 6209 pp.547-549
2. Toro Trallero J. *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Editorial Pirámide 2010
3. DSMV. *Manual de clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría* 2014
4. Torrubia R Molinero B. *Trastorno de conducta y psicopatía en Psicopatología del Desarrollo*. Editorial Pirámide 470-488
5. Krain A Vasco L Klein RG. *Disruptive Mood Dysregulation Disorder; a New Diagnostic Approach to chronic irritability in Youth*. *The American Journal of Psychiatry* sept 2014 vol 171 nº8 918-924.
6. Tassin C Reynaerc C et al. *Anxiety Disorders in adolescence*. *Psychiatri Danub* nov 2014 26 suppl 1: 27-30
7. Campbell K Peebles R. *Eating disorders in children and adolescents: state of the art review*. *Pediatrics* sept 2014. 134 (3) 582-92.
8. Simos AZ Umbricht D et al. *Declining Transition rates to psychosis: the role of diagnostic spectra and symptom overlaps in individuals with attenuated psychosis syndrome*. *Schizophr. Res.* Nov 2014 159 (2-3) 292-8-
9. Stafford MR Mayo-Wilson E et al. *Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis*. *Plos One* 2015. Feb 11; 10 (2) e 0117166 doi:10.1371/journal.pone.0117166 e collection 2015.