

# Trastornos psiquiátricos prevalentes en los adolescentes

J. de Loño Capote

Jefe de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Infantil La Fe. Valencia

## LA AGRESIVIDAD EN LA ADOLESCENCIA

### Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado la investigación sobre los factores de riesgo y la prevención de la conducta agresiva. La investigación sobre factores de riesgo se centra en la búsqueda de los factores bio-psico-sociales que funcionan como elementos de prevención y de protección (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000; Eisenberg, Fabes, Guthrie y Reiser, 2000; Mestre, Samper, Frías y Náchter, 2004).

Entre las variables contextuales adquiere una importancia central la familia, especialmente los estilos de crianza en las dimensiones de control, afecto, grado de implicación en la educación de los hijos, constatándose las consecuencias negativas cuando se combinan unas estrategias de no-supervisión por parte de los padres o un control excesivamente rígido con unos vínculos afectivos débiles (Carlo, Raffaelli, Laible y Meyer, 1999; Del Barrio, 1998; Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001).

Entre las variables personales relacionadas con la conducta agresiva se incluyen características temperamentales (neuroticismo, impulsividad, búsqueda de sensaciones) (Caprara y Pastorelli, 1993; Chico, 2000), y variables cognitivo-emocionales (empatía, autoestima, jerarquía de valores) (Sobral, Romero, et al., 2000; Catalano y Hawkins, 1997; Mestre, Samper y Frías, 2001).

Investigaciones realizadas en población adolescente española concluyen una interacción entre características temperamentales y variables del contexto familiar sobre los niveles de conducta antisocial; el bajo apoyo familiar y el escaso apego a las figuras paternas muestran una fuerte influencia sobre los niveles de conducta antisocial únicamente cuando se combinan con altos niveles de impulsividad en los adolescentes, de manera que la influencia del contexto familiar se aminora cuando son bajos los niveles de impulsividad. Por el contrario, la autoestima y la empatía parecen ser factores de protección alcanzando fuertes asociaciones negativas con la conducta antisocial. Por lo tanto, las variables de personalidad parecen amplificar los factores contextuales (Sobral, Romero, et al., 2000; Mestre, Samper, Frías y Náchter, 2004).

### ADICCIONES

El cannabis es la 1ª sustancia ilegal a la que acceden los jóvenes europeos, y en nuestro país comienza a difundirse antes de los 15 años.

**Baja percepción** del riesgo de esta droga.

### Rasgos facilitadores de consumo de drogas

- Desarraigo del medio de origen.
- Familia: hacinamiento/deprivación.

- Fracaso escolar. Sin alternativas.
- Relaciones familiares. Ruptura.
- Paro: sociopatía reactiva.

### Interpretación

- Como síntoma de una contracultura.
- Contra la robotización social.
- Imposibilidad de nuevos horizontes.
- Transformación en lo contrario.
- Drogas: favorecen un imaginario.
- Dimensión de conocimiento-artística.  
*¿Una nueva fraternidad?*

### Interpretación: psicodinamia

- Imposibilidad del toxicómano de identificarse con la figura paterna.
- Vivida como agresor impotente de hacer feliz a la figura materna.
- Está insatisfecha: falta de ideal del yo paterno.
- Resultado: narcisismo herido.
- El YO del toxicómano por su autoestima debilitada no tiene fuerzas para soportar el sufrimiento de una DEPRESIÓN.
- Debilidad narcicista.
- Parón en el desarrollo precoz del niño amenazado con perder el control.

### Interpretación: psicopatología

- Depresión frente a la frustración.
- Placer: ampliación del amor propio.
- Sensación de potencia del YO.
- Desaparición del efecto eufórico.
- Retorno a la realidad-culpabilidad.
- Depresión frente a la frustración.

### Síntomas reactivos

- Ansiedad o crisis de angustia.
- Trastornos afectivos (distimias).
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos de personalidad.

### Estudio-investigación (Noa, 1988)

- Entrevista-exploración a 100 adolescentes de 12-18 años.
- Retenidos por la policía: actos delictivos.
- Fracaso escolar 88% población del estudio.
- El 90% el consumo es simultáneo al fracaso.
- Cambios de centro: 68% de la muestra.
- 75% de la muestra: no asistieron a preescolar.

## TOC (TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO)

### Concepto

**Obsesión:** es una idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideoafectivo que invade la conciencia de forma repetida. Puede ser una idea cualquiera y, a veces, coinciden y se suceden varias ideas en un mismo paciente. Es un sentimiento de extrema aprensión.

El escrúpulo obsesivo se basa en culpabilizaciones, en relación a faltas o acciones malas o deshonestas que piensa ha cometido.

Desde el punto de vista antropológico, el fenómeno obsesivo en su dimensión compulsiva enlaza con el fenómeno de los rituales religiosos. Dentro del contexto religioso, el pensamiento obsesivo enlaza con la superstición y, más concretamente, con el escrúpulo.

En definitiva la obsesión alberga una idea, afecto, imagen o deseo, que aparecen de forma reiterada y que el sujeto no puede alejar voluntariamente de su conciencia. Pretende evitar peligros potenciales y atraerse buenos augurios. Ya Paracelso describió con frecuencia en sus escritos a personas que sufrían obsesiones y compulsiones.

Para Janet la tendencia al secretismo del paciente suele ser una constante que, consciente de la rareza de sus síntomas, desea ocultarlos en contra de la forma de actuar del histérico. Morel en 1866, describió los estados obsesivos como una forma de delirio obsesivo. Por eso se considera un fracaso del sujeto para defenderse de impulsos inconscientes agresivos. Es como una respuesta del EGO a potentes impulsos agresivos y sexuales.

Según el modelo cibernético, el fenómeno obsesivo se debe a un descenso habitual en el nivel de alerta, consecutivo a una actividad baja o insuficiente de la formación reticular.

Las compulsiones responden a una serie de actos o comportamientos reiterativos, dirigidos a una meta y con una determinada intencionalidad para neutralizar o configurar la idea obsesiva. Son actos reparadores o de conjura de peligro inminente encauzados a impedir un sentimiento de gran ansiedad.

### Epidemiología

Una de cada 10 personas jóvenes puede padecer un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), que en la mayoría de los casos perturba seriamente la vida escolar-social del niño-adolescente.

### Frecuencia de TOC

A partir de los 3 años la presentación clínica ha sido documentada. La prevalencia del TOC en niños y adolescentes, en función de distintos autores, es:

#### Población general

Flament	0,5%	en edades de 11 a 20 años
Zohar	3,5%	en edades de 15 a 18 años
Swedo	1,8%	en edades de 10 a 20 años

#### Población clínica (edades entre 8 y 20 años)

Adams	2%
Last y Strauss	10%
Toro y cols.	1%
Dupert	16%

Valleni-Basile aplicó la Escala de Evaluación Global Infantil a 488 pares de madre/hijo, comprobándose que la prevalencia de TOC y TOC subclínico fue del 3 y del 19%, respectivamente, siendo las hembras las que citaron más síntomas de compulsión que los hombres. Los diagnósticos que acompañaron más frecuentemente al TOC fueron el trastorno depresivo mayor (45% de los TOC), la ansiedad por separación (34%), la distimia (29%), la idea de suicidio (15%) y la fobia. En su trabajo concluye que la comorbilidad y sintomatología características del TOC podría facilitar la identificación y tratamiento precoces por parte del médico.

En relación al sexo los varones han sido superiores en número a las mujeres. Los síntomas se inician antes que en las niñas, sobre todo si se inician antes de los 8 años (Bethesda). En este estudio los rituales compulsivos fueron más frecuentes que, al parecer, las obsesiones. En otra investigación llevada a cabo por Flament, la combinación de rituales y obsesiones fueron la presentación más común.

De otra parte hay que resaltar que la población negra presenta una frecuencia inferior de TOC que la población general, no habiéndose encontrado estudios rigurosos en la población latinoamericana.

Los síntomas aparecen habitualmente (70% de los casos) antes de la adolescencia. Según Nicollini (Instituto Mexicano de Psiquiatría), hay dos picos de edades de entrada al TOC: el primero a los 8-9 años y el segundo a los 17-18 años.

En relación al orden de nacimientos existe un mayor porcentaje de hijos/as primogénitos e hijos/as únicos.

Si nos adentramos en el plano socioeconómico, existe un alza moderada en las clases medias y medias-altas. El análisis de la literatura pone de relieve (ADAM 1994) que de los adolescentes con TOC, pocos están correctamente diagnosticados y muchísimos menos reciben un tratamiento adecuado.

Las **obsesiones más frecuentes en la primera infancia** responden a ideas de:

- Contaminación:* ideas de transmisión de la enfermedad a partir del contacto con el objeto.
- Sexuales:* deseo de observar y tocar repetidas veces las partes genitales.
- Agresión:* deseo de insultar a los otros.
- Religión:* ideas contaminadas de acciones deshonorosas.
- Académicas (simetría):* deseo de situar las cosas a una misma distancia en la mesa. Temor al fracaso. Dudas.
- Peligros:* idea obsesional, que va a ser atropellado o a ocurrir un accidente catastrófico.

Los **rituales compulsivos** son:

- Verificación:* comprobar cierre de grifos, luces, abotonado de lazos o aditamentos de la ropa.
- Orden:* continuas comprobaciones.
- Repetición:* incluidas en el lenguaje como murmullos, ecolalia.

4. *Contar*: compulsión numérica, repitiendo, memorizando, por ejemplo, matrículas...
5. *Evitamiento*: aislamientos. Saltos extraños, caminando irregularmente, alternando carreras...
6. *Limpieza*: lavado frecuente de manos, cepillado de dientes excesivo, gran acicalamiento.

En relación a su nivel participativo y motivacional, observamos una reducción de intereses de las actividades intelectuales y afectivas.

## Predictores indicadores clínicos

### Signos de alarma

Predictores indicadores clínicos son:

- Niños que nos consultan por demasiado miedosos.
- Niños con gestos o movimientos nerviosos.
- Niños que juegan excesivamente con los genitales.
- Niños que acumulan compulsivamente cosas.
- Niños con escurpulosidad manifiesta.
- Niños con lenguaje soez.

En definitiva, niños con intereses peculiares y conductas raras.

En las consultas médicas o en estudios de investigación, los padres describen a su hijo/a como un futuro investigador del átomo o de la naturaleza; o los presentan como extraordinariamente dotados. Asimismo, en bastantes ocasiones objetivamos una conducta de inhibición, repliegue y aislamiento social.

Continuando con la descripción de determinados **predictores** o **signos de alarma**, tenemos que señalar diversas actitudes-conductas en estos niños, que nos hacen sospechar un TOC.

### “15 signos de alarma”

1. Anormalidades en el desarrollo.
2. Salud mental paterna o materna alterada.

3. El niño ha estado expuesto a un acontecimiento psico-social traumático, en el cual ha estado presente.
4. La experiencia personal de haber estado “envuelto” en familias con una educación promotora de la angustia.
5. Presentación de esfuerzos de evitación de situaciones o personas.
6. Niños que viven “lacónicamente” una desesperanza.
7. Dificultades para conciliar el sueño.
8. Conductas de hipervigilancia-hiperactividad.
9. La no tolerancia o la frustración.
10. Gran ansiedad metafísica en los niños.
11. Necesidad de autoafirmación continuada.
12. Temor de Dios hipertrofiado.
13. Frecuencia elevada de agresiones dirigidas a los padres.
14. Desórdenes alimentarios.
15. Todo niño que usted sospeche como “clínico”.

En definitiva, el TOC es en algunos pacientes, y comienza a ser en algunos pacientes una conducta de autoprotección desajustada.

### Preguntas-despistaje en conductas de inicio

1. ¿Muchas veces sientes que tienes que hacer algunas cosas, aunque sepas que no tienes por qué hacerlas?
2. ¿Tienes que inspeccionar las cosas muchas veces?
3. ¿Pensamientos repetidos de que tus padres o hermanos puedan tener un accidente?
4. ¿Te molesta tocar a alguien o que te toquen?
5. ¿Siempre tienes que contar muchas veces o ir contando números?
6. ¿Te preocupa estar demasiado limpio?
7. ¿Tienes a menudo remordimientos?
8. ¿Cambias o coges un determinado camino para evitar la mala suerte?
9. ¿Guardas muchas cosas en tu habitación que no necesitas?
10. ¿Tienes números o palabras especiales para evitar la mala suerte?