

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia



J. Cornellà i Canals

Doctor en Medicina. Pediatra. Máster en Paidopsiquiatría. Director del Centre Mèdic i Psicopedagògic Vèrtex. Responsable médico de la Fundació Autismo Mas Casadevall. Serinyà, Girona

Resumen La adolescencia no es una enfermedad. Se trata de una etapa de cambios físicos, psíquicos y de relaciones sociales en que aparecen conductas que pueden plantear dudas con respecto a la normalidad. El diagnóstico diferencial entre la normalidad (crisis normal de la adolescencia) y el inicio de un trastorno psicopatológico es una tarea importantísima en la atención a la salud integral del adolescente. Es importante aprender a establecer los límites entre lo normal y lo patológico. Es importante recordar que nos encontramos en una etapa evolutiva del desarrollo y que, por lo tanto, se hace indispensable no tener prisa en establecer un diagnóstico definitivo. En este trabajo, se repasan las claves de los principales trastornos, incidiendo en la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial, clave para toda actuación terapéutica.

Palabras clave Adolescencia; Depresión; Ansiedad; Suicidio; Esquizofrenia.

Abstract PSYCHIATRIC CONDITIONS PREVALENT IN ADOLESCENCE
The adolescence is not a disease. It is a stage of physical, psychic changes and of social relationships, during which do appear behaviours that can raise doubts with regard to normality. The differential diagnosis between normality (normal crisis of the adolescence) and the beginning of a psychopathological disorder is a most important task in the attention to the adolescent's integral health. It is important to learn how to establish the limits between the normal and the pathological thing. It is important to remember that we are on an evolutive stage of development and that, therefore, it becomes indispensable not to be in a hurry to establish a definitive diagnosis. In this work the keys of the main upheavals are reviewed, with a special attention for the necessity of a correct differential diagnosis, key for all therapeutic approach.

Key words Adolescence; Depression; Anxiety; Suicide; Schizophrenia.

Pediatr Integral 2009;XIII(3):241-251

LA ADOLESCENCIA, LA CRISIS Y LA ADAPTACIÓN

La adolescencia, por sí misma, puede representar una época de cambios en la estructura de la personalidad que puedan hacer pensar en un trastorno en la salud mental. Conviene discernir lo normal de lo patológico, aceptando el concepto de "trastorno adaptativo".

La adolescencia es una etapa de cambios, de crisis y de adaptaciones. Algunos de ellos forman parte de la normalidad, otros entran de lleno en el campo de los problemas de adaptación, más o menos graves, y en el de las enfermedades

psiquiátricas. Por ello, cuando el pediatra acepta atender adolescentes en su consulta, se puede encontrar con demandas de padres agobiados por problemas que derivan de esta crisis. Desde los pequeños robos hasta las huidas temporales del hogar, pasando por el desorden personal, la experimentación con tóxicos, las mentiras, el rechazo escolar, la violencia verbal o la pertenencia a grupos auto-marginados. Hay más, pero, en cualquier caso, se trata de pequeñas alteraciones que, sin que se puedan encuadrar como trastornos patológicos, representan un punto de conflicto en la familia, en la escuela o en el entorno social del adolescente.

El pediatra puede ser víctima de la transferencia de esta angustia paterna. Y puede ser víctima de su autocrítica, que le descubre sus lagunas formativas en el campo de la salud mental. Y surge siempre la duda: dónde acaba la normalidad y dónde empieza la patología. Establecer los límites en el adolescente no es tarea fácil.

Para ayudar al discernimiento y avanzar en la comprensión de la clínica del adolescente, pueden ser útiles las siguientes preguntas:

1. **¿Cuál es la gravedad del problema?**
¿Se trata de la conducta habitual del adolescente o ha habido un marcado cambio en ella?

2. **¿Cuál es la duración del problema?** días, meses, años.
3. **¿Cómo ha sido, hasta este momento, el desarrollo del adolescente** respecto a su independencia, autoimagen, compañeros, escuela, identidad? ¿Se trata de una conducta consecuente con el grado de desarrollo del adolescente?
4. **¿Cuál es el funcionamiento diario del adolescente?** ¿Son los problemas suficientemente graves como para interferir en las actividades diarias del adolescente en áreas, como la escuela o las actividades sociales?

En la base de muchos de los problemas por los que se nos solicita nuestra opinión, se puede hablar de un "trastorno adaptativo" del adolescente. De acuerdo con el DSM-IV, consiste en la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un elemento estresante identificable (en este caso hablaríamos de los cambios biológicos y psicológicos que supone la adolescencia), dentro de los tres meses siguientes a la presencia de dicho factor. Puede expresarse como un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y que puede producir un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

Es importante tener en cuenta este diagnóstico para evitar caer en el sobrediagnóstico psiquiátrico del adolescente. El trastorno adaptativo puede cursar con sintomatología depresiva, ansiosa o de trastorno de conducta alimentaria. Por lo tanto, conviene tenerlo muy presente en el diagnóstico diferencial y, sobre todo, basar el diagnóstico de acuerdo con la evolución de la sintomatología.

En general, y con todo el riesgo que supone una simplificación, podríamos decir que: "un problema es problema cuando causa problemas". Este simple axioma nos puede ayudar a dirimir la necesidad de profundizar en un posible problema de salud mental.

CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Los sistemas de clasificación y los cuestionarios pueden servir de ayuda. Pero en ningún caso sirven para el diagnóstico, que seguirá basándose en la clínica.

El tema de las clasificaciones en salud mental es cada vez más complejo. La comprensión de los trastornos comórbidos y de los "espectros" en ciertos trastornos da un amplio margen a las posibilidades diagnósticas; de manera que, cada vez resulta más difícil quedarse con una sola categoría diagnóstica. Los sistemas que gozan actualmente de mayor utilidad son la ICD-10, de la OMS, y el DSM, de la Academia Americana de Psiquiatría. Con todo, hay que reconocer las limitaciones de cada sistema de clasificación y advertir que dichas clasificaciones, especialmente la americana, son métodos de ayuda en la clínica, basados en criterios estadísticos, pero que nunca serán determinantes para un diagnóstico.

Al enfocar el diagnóstico de los trastornos de la salud mental del adolescente, debemos plantearnos las siguientes cuestiones:

- ¿Tiene el adolescente un trastorno psiquiátrico?
- ¿Reúne criterios para un diagnóstico clínico?
- ¿Qué elementos intrapsíquicos, intrafamiliares, socioculturales y biológicos hay que considerar?
- ¿Qué factores mantienen el problema?
- ¿Qué factores facilitarían el normal desarrollo?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes y las competencias del adolescente y de su familia?
- ¿Cuál sería la evolución probable sin un tratamiento adecuado?
- ¿Es necesaria la intervención en este caso?
- ¿Qué tipos de intervención son, probablemente, más efectivos?

A partir de aquí, vendrá la tarea diagnóstica.

¿De qué elementos nos valemos para el diagnóstico?

Lo primero es la entrevista con los padres, con el adolescente (por separado y conjuntamente), las informaciones recogidas por otros profesionales, el examen físico y neurológico (¡es importante no olvidar el "chasis"!), la psicometría y los exámenes complementarios que se justifiquen a partir de los datos recoge-

dos. Los cuestionarios serán de utilidad como complemento; nunca para decidir un diagnóstico. Quiero subrayar, no obstante, el valor que tiene una entrevista bien hecha, en calma, en profundidad y sin hacer ningún prejuicio diagnóstico. Si la autocrítica siempre se impone en el ejercicio de la profesión médica, mucho más debe imponerse en un terreno en que se analizan las desviaciones de la conducta de una persona que está en proceso de maduración, donde existen las normales variaciones de la normalidad. A menudo, la observación de la evolución nos va a dar las claves para un diagnóstico correcto.

En función de los criterios diagnósticos utilizados, existe una gran variabilidad en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Las medias más razonables apuntan a una prevalencia del 8% en la edad preescolar, del 12% en la preadolescencia y del 18% en la edad adolescente. La falta de reconocimiento de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente en nuestro país ha contribuido a una cierta dispersión y a una confusión diagnóstica, pues los diagnósticos no siempre han procedido de los profesionales de la paidopsiquiatría. Estas prevalencias pueden multiplicarse por tres en los niños y adolescentes que viven en las zonas suburbanas de las grandes ciudades.

Por ejemplo, la aplicación de los criterios del DSM e, indiscriminadamente, de algunas escalas y cuestionarios, ha dado lugar a una confusión importante sobre la prevalencia del trastorno por déficit de atención, con un sobrediagnóstico del mismo y una sobreprescripción del metilfenidato. Los estudios actuales sitúan la prevalencia de dicho trastorno entre un 3 y un 6% en la edad escolar.

Las diferencias de prevalencia según el género también deben ser consideradas. En muchos trastornos, se ha reconocido una más amplia prevalencia en el sexo masculino (trastorno obsesivo compulsivo, inicio de esquizofrenia), otros en el sexo femenino (ansiedad, trastornos en la conducta alimentaria) y otros que no muestran una clara predilección según el género (depresión, trastorno bipolar).

TRASTORNOS AFECTIVOS Y EMOCIONALES

Los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión son frecuentes en la adolescencia, y merecen una consideración especial para evitar complicaciones, y hacer una prevención primaria de las conductas suicidas.

Deberíamos considerar aquí un amplio grupo de trastornos: la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés postraumático y los trastornos obsesivo-compulsivos. Cabe añadir a este apartado, las autoagresiones y las tentativas de suicidio. Estos trastornos, junto a los de la conducta, son los más frecuentes en la edad adolescente. Si consideramos las formas parciales de manifestación y los demás síntomas emocionales menores, pueden afectar, en un momento u otro de sus vidas, a la mayoría de adolescentes.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada, siendo, por lo general, similar al de los adultos. El diagnóstico diferencial de la depresión debe incluir una correcta evaluación física, para descartar enfermedades orgánicas diversas.

Hasta no hace mucho tiempo, se pensaba que los niños no sufrían depresiones, y que los adolescentes, de forma basal, manifestaban un afecto depresivo dentro de la normalidad. Sin embargo, actualmente este hecho ha sido descartado, y se admite la existencia de cuadros depresivos en niños y adolescentes. Pueden ser recurrentes y causan un elevado nivel de afectación psicosocial, incluido el fracaso escolar.

Posiblemente, la tasa de prevalencia de depresión en niños y adolescentes ha ido aumentando a lo largo del pasado siglo. O, tal vez, el mejor conocimiento del trastorno ha permitido una mayor aproximación diagnóstica. Actualmente, se acepta una tasa muy variable que, en adolescentes, puede oscilar entre el 0,5 y el 8%.

La sintomatología depresiva debe ser comprendida dentro del contexto del de-

sarrollo del adolescente, por lo que sus manifestaciones van a diferir, en mayor o menor grado, de las que observamos en el adulto. Existen, a menudo, trastornos depresivos parciales, menos intensos, más reactivos, menos conscientes, pero que pueden ser causa de un progresivo disconfort y estrés en el adolescente, con sus repercusiones clínicas.

Se han propuesto diversas clasificaciones de las depresiones en adolescentes. Consideramos que la más útil es la que considera las depresiones que han empezado antes o después de la pubertad. En las primeras, existe un menor riesgo de recurrencia; mientras que, en las segundas, la influencia del entorno familiar es mucho más decisivo.

Etiopatogenia

Los procesos implicados en la génesis de la depresión entre la gente joven no son del todo conocidos. La evidencia sugiere que la causa es una combinación de factores genéticos, junto con eventos estresantes precipitantes y otros que actuarían como factores de mantenimiento.

Los factores genéticos actúan, no sólo como parte de la propia herencia individual, sino también modulando otros aspectos (el carácter y el temperamento) que, a su vez, influirán en las dinámicas de interacción familiar y de relación con los pares. Respecto a los factores precipitantes se han relacionado eventos vitales estresantes, tales como el abuso físico, emocional o sexual, problemas entre los padres, etc., a pesar de que existe una gran variación en cuanto a la respuesta ante dichas situaciones. Asimismo, en muchas ocasiones no puede identificarse de forma clara un determinado factor precipitante, sino que la causa debería buscarse en estresores crónicos. En cuanto a los factores de mantenimiento, la persistencia de la propia depresión actuaría como uno de ellos. Los episodios depresivos producen cambios a nivel neuroquímico, aumentando la susceptibilidad para sufrir nuevos episodios, e incluso acortar los períodos interepisódicos en el caso de las recidivas. La persistencia de los factores adversos que pueden haber desencadenado el episodio y de otras entidades comórbidas que pueden darse durante el episodio depresivo, así como

- Bajo estado anímico
- Irritabilidad
- Anhedonia
- Problemas de concentración
- Lentitud o agitación psicomotriz
- Cansancio
- Alteraciones del apetito
- Pérdida o ganancia de peso
- Trastornos del sueño
- Sentimientos de inutilidad y desvalimiento (baja autoestima)
- Lentitud de pensamiento
- Dificultad para tomar decisiones
- Ideas-tentativas de suicidio

otros aspectos, como las características de personalidad y el estilo cognitivo, pueden actuar también como factores de mantenimiento.

Manifestaciones clínicas

La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada, y dependerá de factores, tales como la capacidad intelectual del sujeto, la madurez emocional y la capacidad verbal para procesar las emociones. Mardomingo señala los siguientes indicadores que, cuando se presentan combinados entre sí, constituyen la clave para detectar un trastorno depresivo:

- Tristeza.
- Llanto.
- Visión negativa de la vida.
- Imagen personal deficiente.
- Sensación de impotencia.
- Dificultades de atención y concentración.
- Imposibilidad de tomar decisiones.
- Irritabilidad.
- Pérdida o aumento indiscriminados del apetito.
- Trastornos del sueño.

Cuando estos síntomas duran más de cuatro semanas, hay que plantearse si existe una depresión. Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, estos suelen tener una mayor duración, con un incremento de conductas de riesgo (drogas, suicidio), aumento de los problemas psicosociales y pobre respuesta a la psicoterapia. En la tabla I, se recogen los principales síntomas depresivos en el adolescente.

TABLA I.
Sintomatología depresiva en el adolescente

TABLA II.
Sintomatología
general de la
ansiedad en
adolescentes

- Angustia
- Temores irreprimibles
- Dolor torácico
- Obsesiones
- Rituales
- Inhibición motriz
- Molestias físicas
- Sentimientos de despersonalización/
desrealización

¿Un espectro depresivo?

Dentro del espectro depresivo, se pueden considerar: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno depresivo no especificado, los trastornos bipolares, el trastorno ciclotímico y los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedades médicas o al consumo de sustancias.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe incluir otras entidades psiquiátricas que pueden justificar la existencia de un estado de ánimo depresivo, siendo dichas entidades el problema primario a partir del cual aparecen los síntomas depresivos. El diagnóstico diferencial debe incluir también una correcta evaluación física, para descartar enfermedades orgánicas diversas.

Pero, además, hay que tener en cuenta el frecuente **hábito depresivo de base** que puede presentar el adolescente. Se trata de episodios con marcada sintomatología depresiva, de corta duración, y que revierten con facilidad cuando existe una motivación suficiente (la llamada de un amigo, por ejemplo).

Se adjunta un algoritmo sobre la depresión en adolescentes, para facilitar su comprensión.

Tratamiento

Los mejores resultados terapéuticos se consiguen con la combinación de la farmacología con las intervenciones psicoterapéuticas individuales y sobre el entorno familiar y escolar.

Suele ser necesario y, en muchas ocasiones, es decisivo para la recuperación. Debería ser prescrito, dirigido y controlado por un psiquiatra, tras la oportuna evaluación clínica de los síntomas

depresivos y de los procesos comórbidos que puedan estar asociados.

Los fármacos antidepresivos han mostrado su eficacia también en niños y adolescentes. La elección del antidepresivo más adecuado estará en función de la edad del niño, de la comorbilidad y de las particularidades de cada fármaco. A pesar de ciertas controversias, de acuerdo con la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) se ha mostrado muy eficaz y muy bien tolerados en adolescentes. La duración del tratamiento debe ser larga para evitar recaídas (nunca menos de un año).

A la medicación hay que añadir psicoterapia. Recomendamos las técnicas de base cognitiva y conductual, orientadas a modificar la visión distorsionada que tiene el adolescente de sí mismo y de su entorno, intentando superar las relaciones complicadas e identificando los factores de estrés de su alrededor. Los mejores resultados terapéuticos se obtienen de la combinación de la psicoterapia cognitivo-conductual y la farmacología.

Muy a menudo, habrá que añadir orientación familiar y trabajo coordinado con la escuela.

AUTOAGRESIÓN Y SUICIDIO

Se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un importante papel. Como factores predisponentes individuales, se consideran algunos trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, abuso de sustancias, trastornos de conducta), el aislamiento, la baja autoestima y la enfermedad crónica. También, hay que considerar las situaciones familiares de pérdida, las alteraciones importantes en la convivencia familiar, el abuso, la negligencia, así como la historia familiar de trastornos psiquiátricos y de suicidio.

Lo más importante será la prevención de las tentativas, mediante una actuación que incluya a todos los profesionales implicados en la salud integral del adolescente. Hay que evaluar los posibles factores etiológicos y establecer el oportuno tratamiento.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad, como síntoma, tiene una función adaptativa fundamental en términos de autoconservación y de supervivencia de la especie.

Hay que diferenciar entre lo que es adaptativo de lo que no lo es. La ansiedad, como síntoma, tiene un valor adaptativo fundamental en términos de autoconservación y de supervivencia de la especie. Pero existen situaciones en que los mecanismos de ansiedad funcionan de forma anómala. Existen distintas clasificaciones en categorías de dichos trastornos, pero el clínico tiene muy a menudo la sensación de estar lidiando con matices, y a él le corresponde decidir donde termina el límite de la normalidad y donde empieza lo patológico (Tabla II).

Dentro de los trastornos de ansiedad en la adolescencia (que poseerán mayor similitud con los de los adultos) cabe destacar: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de angustia con o sin agorafobia y la fobia social.

La incidencia y prevalencia de dichos trastornos no están bien establecidas, aunque nos hallamos ante un grupo de trastornos de alta frecuencia en la adolescencia.

Trastorno de ansiedad generalizada

Se define por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de seis meses, de difícil control para el individuo. Además, pueden aparecer otros síntomas, tales como: inquietud o impaciencia, fatigabilidad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño. Puede existir cierto solapamiento sintomático con los trastornos del estado anímico, y corresponderá al psiquiatra discernir ante qué cuadro se halla. No es infrecuente que se asocie a otras patologías, y también al trastorno de angustia.

En su *etiología*, desde un punto de vista neurobiológico, hay que considerar la interacción entre factores genéticos y ambientales que, sostenida en el tiempo, conduciría a cambios morfológicos a

nivel neuronal, que asentarían las respuestas de patrón ansioso como forma habitual de interpretar y relacionarse con la realidad circundante. Existen diversos factores neuroquímicos implicados en la génesis de la ansiedad: descenso de la serotonina, aumento de la noradrenalina, descenso del GABA y aumento del glutamato.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Las conductas anómalas derivadas del trastorno obsesivo-compulsivo, se acompañan de ansiedad, su interrupción causa agresividad o enojo, interfieren con la vida cotidiana, son percibidos por los demás como algo patológico y son causa de interferencia con las actividades normales.

Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones con carácter recurrente que ocupan una cantidad significativa de tiempo al sujeto y causan cierto grado de deterioro e interferencia con la vida diaria. Las obsesiones son pensamientos persistentes y recurrentes, impulsos o imágenes que se vivencian como intrusivas, inadecuadas y perturbadoras, que no son simples preocupaciones excesivas sobre problemas reales. Entendemos por compulsiones los comportamientos repetitivos o actos mentales que una persona necesita realizar de acuerdo a unos parámetros rígidos para reducir la ansiedad o para prevenir consecuencias negativas.

Existen determinados tipos de comportamientos de carácter ritual, o con componentes de superstición, normales en el desarrollo infantil. Se trata de comportamientos importantes desde un punto de vista del desarrollo, aprendizaje y de control de la ansiedad. Sin embargo, existen diferencias entre estos comportamientos normales y aquellos que entran en el ámbito de la patología. Las conductas rituales normales son experimentadas por el niño como algo agradable, su interrupción es bien tolerada por él mismo, no causan interferencia con la vida diaria, no son conductas exageradamente anormales y suelen disminuir a partir de los ocho años de edad. Las conductas anómalas que entran dentro del espectro obsesivo-com-

pulsivo suelen acompañarse de ansiedad, su interrupción causa agresividad o enojo, interfieren con la vida cotidiana, son percibidos por los demás como algo patológico y son causa de interferencia con las actividades normales. Estas conductas patológicas suelen prolongarse en la adolescencia y en la vida adulta.

La prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 1 y el 3,6% en niños y adolescentes. Puede iniciarse hacia los 10 años de edad, y un tercio de los pacientes adultos afectados de TOC refieren presencia de síntomas durante la adolescencia. Hay que tenerlo en cuenta en la anamnesis de la salud mental (Tabla III).

Clinicamente, puede manifestarse de formas diversas, en función del tipo de obsesiones que experimente el paciente y el tipo de rituales que lleve a cabo para conjurar la ansiedad que se deriva de las primeras. Pueden aparecer miedos contaminantes obsesivos, acompañados de lavado compulsivo y evitación de "objetos contaminados", llevando a una restricción de actividades, preocupaciones obsesivas sobre la seguridad de los padres o de ellos mismos, comprobaciones compulsivas repetitivas (puertas cerradas, familiares en casa), contar repetitivamente, necesidad de ordenar, organizar o arreglar, agobio a los padres sobre dudas o presuntas culpabilidades imaginarias, pensamientos negativos,... A veces, existen matices religiosos (escrupulosidad), necesidad de tocar objetos, búsqueda de simetría en los objetos o repetir acciones raras, relectura o reescritura de los deberes escolares que interfieren en el rendimiento académico, repetición de oraciones.

En adolescentes, la sintomatología es heterogénea: aparecen diversos tipos de manifestaciones, que varían a lo largo del tiempo, lo que dificulta la definición de subtipos. De hecho, a lo largo de la vida, pueden darse diversas manifestaciones que pueden coincidir en algún momento, y que no existe relación entre distintos tipos de síntomas y la edad.

Asociado al TOC pueden aparecer diversas manifestaciones comórbidas que hay que analizar y orientar, tales como ansiedad, tics, trastornos del humor, problemas de atención, dificultades cognitivas o problemas adaptativos.

- ¿Limpias mucho o te lavas en demasía?
- ¿Necesitas comprobar las cosas varias veces?
- ¿Tienes pensamientos que te molestan y de los que te gustaría librarte, sin conseguirlo?
- ¿Te ocupan tus actividades diarias una gran parte de tu tiempo?
- ¿Te preocupa el orden o la simetría?

Al realizar una valoración de un paciente con síntomas del espectro obsesivo-compulsivo, se debe realizar el *diagnóstico diferencial* con diversas entidades clínicas, tales como: trastornos del espectro autista, trastorno dismorfofóbico, psicosis o esquizofrenia.

El abordaje terapéutico del TOC suele ser doble, utilizando ISRS y terapia cognitivo-conductual específica para este trastorno. Como en la mayoría de tratamientos, la combinación de ambos métodos suele conseguir una respuesta más rápida y duradera.

Trastorno de angustia con o sin agorafobia

Las crisis de angustia aparecen bruscamente y suelen acompañarse de: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad mareo o desmayo, despersonalización, desrealización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

Diversos estudios establecen de forma clara la presencia de crisis de angustia en adolescentes. Una crisis de angustia se define como: un período discreto de temor intenso, malestar o terror que se acompaña de ideas de desastre inminente o de pérdida de control de la realidad. La aparición de estos síntomas es brusca y suele acompañarse de algunos de los siguientes síntomas, que alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o ma-

TABLA III.
Las 5 preguntas clave en el TOC

lestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad mareo o desmayo, despersonalización desrealización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

La diferencia entre un trastorno de angustia y un trastorno de ansiedad generalizada estriba en el hecho de que el primero puede darse en el segundo, así como en otros trastornos de ansiedad; mientras que, un trastorno de ansiedad puede no acompañarse de crisis de angustia.

La **agorafobia** se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda ser difícil o embarazoso, o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada, puede no disponerse de ayuda. Suele afectar de forma característica, situaciones que incluyen estar fuera de casa solo, estar en una multitud o de pie en una fila, estar en un puente, en un autobús, en un tren o en un coche. En general, la persona afectada por esta entidad suele evitar dichas situaciones.

El trastorno de angustia afecta a un 0,6% de individuos en escuelas superiores, siendo la prevalencia más alta entre el sexo femenino. La edad más frecuente de inicio es entre los 15 y los 19 años.

Con relación a la *etiología*, los estudios indican una implicación de la serotonina, la noradrenalina y el GABA, dado que se produce respuesta relativamente buena a las intervenciones farmacológicas.

El *diagnóstico diferencial* incluye enfermedades médicas (asma, diabetes, epilepsia, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, alteraciones vestibulares, problemas cardiacos), la intoxicación por estimulantes y la abstinencia de sedantes.

El *tratamiento* del trastorno de angustia incluye psicofarmacología (alprazolam en la fase aguda e ISRS como tratamiento de fondo) y psicoterapia cognitivo-conductual.

Fobia social. Se caracteriza por un temor acusado y persistente por una o más situaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás.

La exposición a dichas situaciones suele acompañarse de algún tipo de respuesta de ansiedad, incluso una crisis de angustia situacional. El individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional, y evita las situaciones temidas, o se experimentan con ansiedad o malestar internos.

Se estima que la *prevalencia* de dicho trastorno en adolescentes se sitúa en torno al 1%, y es más común en el sexo masculino que en el femenino.

La *etiología* no está clara. Puede producirse después de un evento social traumático, aunque no es frecuente que existan antecedentes infantiles de inhibición social o timidez, así como presencia de trastorno de ansiedad en padres o hermanos, hechos que apuntarían a un trasfondo genético.

La aparición de este trastorno suele producirse hacia la mitad de la segunda década de la vida y con un inicio insidioso. El curso suele mantenerse a lo largo de la vida con fluctuaciones en función de los estresores que pueden ir apareciendo. La aparición antes de los 11 años suele predecir una falta de recuperación en la edad adulta.

El *diagnóstico diferencial* incluye los otros trastornos de ansiedad descritos anteriormente. Además, la ansiedad social y la evitación suelen ser frecuentes en otros trastornos (depresión, trastornos de la personalidad u otras enfermedades médicas).

El tratamiento se basa en la psicoterapia de tipo cognitivo conductual, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales.

No existen ensayos controlados con tratamientos farmacológicos para la fobia social en adolescentes. Se han ensayado benzodiazepinas, ISRS, antidepresivos tricíclicos...

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se trata de una respuesta tardía a un acontecimiento traumático, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar, con normalidad, sus actividades habituales, pues existe una intrusión del pensamiento ansioso.

Puede aparecer dentro de los seis meses siguientes al acontecimiento (no es tan inmediato como en el trastorno adaptativo). El episodio traumático suele ser de

gran intensidad, no es preciso que exista vulnerabilidad, y la sintomatología se manifiesta en forma de: *flashbacks*, ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño, sentimiento de insensibilidad, hipervigilancia, evitación de los estímulos que recuerden el hecho traumático y estado de alerta fisiológica.

Es importante considerar los aspectos preventivos ante desastres naturales y/o accidentes y, una vez establecido el cuadro, utilizar las técnicas de psicoterapia cognitivo-conductual. No existe tratamiento farmacológico específico.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos del comportamiento suponen una grave alteración para la convivencia y exigen al profesional una correcta aproximación diagnóstica. Ya que el tratamiento es difícil, habrá que insistir en los aspectos preventivos.

El término trastorno del comportamiento sirve para referirse 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 infantil y adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo ya el principal motivo de derivación a los servicios de salud mental. Además, hay que señalar que causa dolor y sufrimiento a los demás, así como estilos de vida empobrecidos en quienes lo padecen.

La cuestión de los trastornos del comportamiento, desde una perspectiva médica, plantea un interesante y no resuelto debate ético a los profesionales de la salud. Si aceptamos que este trastorno implica un estado mental y unas capacidades sociales intactas, debemos entender que, posiblemente, un planteamiento educativo y social adecuado podría resolver la situación. Las acciones correspondieran a maestros, policías, jueces y políticos. Sin embargo, existen evidencias cada vez más claras sobre la importancia de los factores genéticos y biológicos en este tipo de trastornos, y que muchos casos res-

ponden a la medicación. La valoración cautelosa de la persona con comportamientos disociales, evitará una mala praxis profesional, el uso indebido de etiquetas diagnósticas y el uso indiscriminado de la medicación.

Clínicamente, este trastorno puede tener distintas **manifestaciones** y, dado que se trata de un tipo de conductas que se distribuyen de forma continua en la población, es tarea del clínico decidir qué nivel de comportamiento antisocial constituye un trastorno del comportamiento. Hay que valorar la gravedad y frecuencia de los actos antisociales, la pauta y el escenario de los mismos, así como la persistencia en el tiempo y el impacto que causan.

Durante la adolescencia, los trastornos del comportamiento tienen un índice que se sitúa entre el 6 y el 12%, y los trastornos negativistas - desafiantes (que podríamos considerar como una forma atenuada de los primeros) se dan alrededor de un 15%. Existe una influencia directa del propio proceso adolescente en estas tasas. Hay que diferenciar entre los casos de inicio en la infancia y los que debutan durante la adolescencia. En estos últimos, suele observarse una disminución del comportamiento antisocial alrededor de los veinte años, por lo que a veces se denomina *trastorno limitado a la adolescencia*. Además, las manifestaciones suelen ser más leves (menor agresividad y violencia, menos impulsividad y menos déficits cognitivos y neuropsicológicos) que en los casos de inicio precoz, siendo más frecuentes en el sexo femenino. Al abordar los comportamientos disociales en adolescentes, no podemos olvidar que en muchos casos estas conductas forman parte del desarrollo "normal" del sujeto, sometido a presiones familiares, académicas o sociales, y que se correspondería con un proceso adaptativo.

Las manifestaciones de este trastorno son diversas, e incluyen agresión a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), destrucción de la propiedad, provocación de incendios, robo o fraude (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las normas.

Diagnóstico diferencial. Debe incluir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos afectivos,

Individuales

- Factores genéticos
- Temperamento. El "temperamento difícil" como factor de riesgo

Familiares

- Estilos parentales inefectivos: estilo coercitivo, inconsistente, escaso monitoraje, bajo nivel de involucración positiva, o alto nivel intrusivo, punitivo o de rechazo
- Mal funcionamiento familiar: conflictos conyugales, violencia doméstica. Separación o divorcio mal resuelto
- Estructura familiar: familias muy extensas, familias monoparentales (relacionado con bajo nivel socioeconómico)
- Psicopatología paterna
 - Trastorno disocial de la personalidad en el padre
 - Abuso de sustancias en los progenitores
 - Depresión materna

Extrafamiliares

- Vecindario
- Comunidad
- Compañeros
- Medios de comunicación
- Acceso a armas

trastornos del espectro autista, reacciones de adaptación a estresores externos, y desviación subcultural. La **evaluación** debe incluir también la búsqueda de déficit cognitivos, tales como retraso mental general o específico y retrasos específicos de la lectura que aparecen en un tercio de los niños con problemas del comportamiento

Con relación a la **etiología** de estos trastornos, hay que considerar la contribución de factores genéticos y ambientales. La conjunción de ambos potenciará la gravedad del trastorno. El peso de los factores genéticos es mayor en los casos de inicio precoz y sería importante en el desarrollo de la personalidad antisocial adulta. En la tabla IV, se exponen los factores de riesgo, tanto en el ámbito individual, como familiar y social.

El **tratamiento** de los sujetos con problemas del comportamiento es farmacológico y psicoterapéutico. La farmacoterapia no debe considerarse como la única herramienta, sino como una ayuda para el abordaje educacional o psicoterapéutico. En el caso que estas conductas sean síntoma de otras entidades médicas (TDAH, trastorno depresivo mayor...) hay que emplear el tratamiento específico. En otros casos, pueden ser útiles fármacos anticonvulsivantes, para disminuir la im-

pulsividad, o por su acción sobre las vías dopaminérgicas, algunos fármacos antipsicóticos. No existe, sin embargo, una medicación específica.

El tratamiento psicoterapéutico intenta mejorar aspectos cognitivos y conductuales, como: la autoestima, el manejo de las emociones, mejorar las habilidades sociales o la capacidad de prever las consecuencias de los actos. La psicoterapia debe acompañarse de una movilización de todos los profesionales implicados en el tratamiento; ya que, muy a menudo, se requieren intervenciones de tipo social.

ESQUIZOFRENIA EN ADOLESCENTES

La esquizofrenia constituye el trastorno mental más grave que puede darse en la adolescencia. Ya que su tratamiento precoz es decisivo en la evolución, es preciso conocer los cuadros prodrómicos que permitan la identificación precoz.

Los trastornos psicóticos en adolescentes se hallan entre las enfermedades de mayor gravedad. Además de ser enfermedades con una alta carga de estigma para el que la padece, es también cau-

TABLA IV.
Factores de riesgo para los trastornos de conducta

TABLA V.
Síntomas
prodrómicos de
la esquizofrenia

1. Síntomas inespecíficos de tipo neurótico afectivo. Ansiedad, irritabilidad, depresión, inestabilidad afectiva, sentimientos de culpabilidad, falta de confianza...
2. Alteraciones cognitivas. Déficit de atención y concentración, pérdida de capacidad de abstracción, bloqueos de pensamiento, excesiva preocupación, tendencia al ensimismamiento
3. Síntomas psicóticos negativos. Apatía, anhedonia, retraimiento social, pobreza del habla, afecto restringido
4. Síntomas psicóticos positivos atenuados. Ideas de referencia, pensamientos extravagantes o mágicos no consistentes con el contexto cultural, alteraciones perceptivas, ilusiones corporales...
5. Síntomas psicóticos positivos, breves y transitorios. Alucinaciones, delirios, desorganización de pensamiento, de duraciones comprendidas entre minutos y una semana

sa de marcado deterioro cognitivo y, por ende, funcional, siendo éste mayor cuanto más precoz sea la aparición de la enfermedad. La característica discriminante de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos (entendidos como alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada), a pesar que estos no son exclusivos de esta patología y de que no existe una definición universalmente aceptada.

Los cuadros de esquizofrenia que aparecen durante la adolescencia (entre los 13 y los 18 años) se denominan esquizofrenia de inicio precoz (*Early Onset Schizophrenia*). La prevalencia general de esta enfermedad se sitúa entorno al 1% entre los 14 y los 55 años. Es infrecuente su aparición en edades infantiles.

Clínicamente, podemos decir que **los síntomas de la esquizofrenia** se clasifican en dos grupos: positivos y negativos. Los síntomas positivos engloban las alucinaciones, las ideas delirantes y el trastorno del pensamiento; mientras que, los negativos se refieren a déficits, como aplanamiento afectivo, intensa apatía, alteraciones en las emociones, anhedonia y falta de interés e iniciativa. En función de los síntomas predominantes, podemos clasificar la esquizofrenia en: paranoide, catatónica, hebefrénica, indiferenciada, residual, simple y trastorno esquizofreniforme.

El **diagnóstico** de la esquizofrenia en niños y adolescentes se realiza a través de los mismos criterios que los que se utilizan para los adultos en los sistemas de clasificación de enfermedades mentales.

Para un clínico experimentado, no es difícil diagnosticar correctamente a un pa-

ciente con esta patología. Lo que quizás posea mayor interés y también dificultad sea la identificación y manejo de los **cuadros prodrómicos** de la esquizofrenia: es decir, aquellos síntomas y signos precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente y que preceden la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad (Tabla V). Los pródromos de la esquizofrenia están constituidos por un grupo heterogéneo de manifestaciones, que aparecen de forma gradual en el tiempo, y que incluyen cambios en la conducta externa como consecuencia de cambios en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto. La mayoría de individuos con esquizofrenia han experimentado estos cambios, que incluyen: disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad. Cabe señalar que, estas manifestaciones son altamente inespecíficas y variables, pero el clínico que se halle ante un adolescente que presente manifestaciones de este tipo debe descartar, quizá también en función de la evolución, una esquizofrenia.

Por lo que respecta a los **factores de riesgo** para desarrollar esta enfermedad, cabe señalar: antecedentes familiares positivos y factores perinatales (infecciones víricas durante el embarazo, complicaciones obstétricas que causen hipoxia o isquemia o carencias nutricionales maternas durante embarazo). Por lo que respecta a factores más tardíos, la relación con abuso de sustancias psicoactivas está bien establecida.

El tratamiento deberá ser indicado por el especialista. Incluye medicación anti-psicótica y psicoterapia.

OTROS TRASTORNOS

Hay que considerar también los trastornos asociados al consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno bipolar, los trastornos de espectro autista y los trastornos psicósomáticos.

Las limitaciones que imponen las normas de publicación de un artículo en una revista obligan a reducir los trastornos que pueden presentarse durante la adolescencia y que merecen también nuestra atención. Hemos intentado enumerar y describir aquellos que tienen un mayor interés. Pero ello no implica que no olvidemos otros que, de forma sucinta, pasamos a enumerar:

Trastornos por abuso de sustancias y trastornos en la conducta alimentaria. Se han descrito en otros capítulos de esta revista.

Trastorno bipolar. Se trata de un diagnóstico en el que se piensa pocas veces, a pesar de que existen evidencias de que puede presentarse también en niños y adolescentes, a pesar de las dificultades diagnósticas que presenta. En nuestra experiencia, es importante pensar en un posible trastorno bipolar cuando se han dado características muy propias del TDAH en niños menores de 5 años. Tiene un tratamiento específico.

Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH). Siendo un diagnóstico que suele hacerse durante la edad infantil, persiste durante la adolescencia en más de un 75% de los casos. Es importante el *diagnóstico diferencial* y la valoración de la comorbilidad psiquiátrica. En estos momentos, en que existe una fuerte presión comercial por parte de alguna industria farmacéutica, hay que extremar la cautela a la hora de diagnosticar, pues muchos cuadros psiquiátricos presentan características semejantes a los síntomas del TDAH. Quisiera llamar la atención a la sintomatología derivada de los síntomas derivados de un vínculo afectivo inexistente o mal construido (caso de los niños adoptados,

y con historias de privación afectiva), que reciben, de forma demasiado frecuente e inadecuada, el diagnóstico (¡y el tratamiento!) de TDAH, y que requieren una comprensión más amplia de su psicopatología.

Trastornos psicósomáticos. Comprenden los trastornos adaptativos, trastornos disociativos, trastornos somatoformes, neurastenia, trastornos facticios y el síndrome de Munchausen por poderes. Constituyen un capítulo muy importante en la salud mental del adolescente, merecedor de más investigación.

Trastornos del espectro autista. Especialmente conviene recordar el síndrome de Asperger y el autismo de alto rendimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. *** Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. 8 de octubre de 2004. www.aepij.com/documentos/AEPIJ_ISRS.pdf. Se trata de un importante documento oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en que se valora el uso adecuado de antidepresivos en niños y adolescentes, y la seguridad que ofrecen, en respuesta a publicaciones alarmantes sobre posibles efectos secundarios.
2. ** Aussilloux Ch, Baghdadli A. Desarrollo y evolución de la hiperactividad en la adolescencia. En Tomàs J, Casas M (eds). TDAH: hiperactividad. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2004 p. 224-232. Se trata de una revisión sobre los trastornos asociados a un déficit de atención, con o sin

hiperactividad, en la adolescencia, haciendo especial énfasis en su diagnóstico diferencial.

- 3.*** Aussilloux Ch, Denis H. Descripción clínica del TOC infanto juvenil. En Tomàs J, Casas M (eds). Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2004. p. 13-25.

Una revisión que constituye una guía de referencia para quien quiera aproximarse a la realidad de los trastornos obsesivo-compulsivos en la infancia y adolescencia. Se trata de un texto de gran contenido didáctico.

- 4.*** Aussilloux Ch, Grall Ch. Esquizofrenia infantil: evolución del concepto y descripciones actuales. En Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). Esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 59-70.

La comprensión de la esquizofrenia en el niño y en el adolescente no siempre ha sido clara y precisa. Los avances actuales en psiquiatría del niño y del adolescente permiten esta aproximación para una identificación precoz.

- 5.*** Batlaj-Lovichi M. La vulnerabilidad en la esquizofrenia: de la teoría a la práctica clínica. En Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). Esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 23-36.

En un campo tan complejo como la esquizofrenia, este trabajo de revisión sienta las bases para comprender cuáles son los pacientes que tienen un mayor riesgo de padecer la enfermedad, para su correcta identificación y seguimiento, en vistas a un diagnóstico precoz.

6. ** Cornellà J, Llusent A. Objetivación clínica del espectro autista durante la pubertad y adolescencia. En Tomàs J (ed). El espectro autista. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2003 p. 45-56.

Los trastornos del espectro autista han sido poco estudiados en general. Desde este trabajo de revisión, se aborda la evaluación que permita una aproximación para un diagnóstico eficaz.

- 7.** Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2006; 15 (1): 73-108.

Se trata de una llamada de atención sobre el trastorno bipolar, diagnóstico emergente en paidopsiquiatría, que, a menudo, se presta a confusiones con cuadros de hiperactividad.

- 8.*** Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Madrid, Narcea SA de ediciones; 2002. p. 255-257.

Se trata de un texto fundamental para el pediatra, ya que permite una aproximación muy didáctica a los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia, con una guía muy clara sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento. Un libro indispensable en la biblioteca del pediatra.

- 9.*** Pedreira JL, Lahera G. Presentación clínica y evaluación de los pródromos de la esquizofrenia. En Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). Esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 37-58.

Una de las mejores aportaciones para comprender la importancia de identificar a tiempo los pródromos de la enfermedad esquizofrénica, cuando está claro que el abordaje terapéutico precoz puede cambiar radicalmente el curso de la enfermedad.

- 10.*** Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrock J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. Interpersonal relationships during the depressive episode. Archives of General Psychiatry 1985; 42: 500-7.

El profesor Joaquim Puig-Antich fue pionero en el reconocimiento de la depresión en niños y adolescentes. En sus trabajos, abordó los temas del diagnóstico y tratamiento, siendo el primer paidopsiquiatra en abordar desde las neurociencias esta enfermedad en niños y adolescentes. La cita de este artículo quiere ser un homenaje a su abnegado trabajo y a sus aportaciones.

Caso clínico

Meritxell acude a la primera visita, a los 16 años y medio, derivada por el psicólogo escolar, para valorar la evolución y el seguimiento de un dudoso cuadro de trastorno por déficit de atención (TDAH).

Meritxell es hija única de sus padres. Sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años, y ambos padres viven con nuevas parejas. Ella vive con su madre, la pareja de ésta y una hija de ambos, de 6 años. No mantiene apenas relación con el padre, del que se sabe ha tenido dos hijos varones (siete y dos años) de una nueva relación.

Entre los antecedentes familiares, destaca que su padre sufre un posible trastorno ciclotímico, si bien no se conoce el diagnóstico ni el tratamiento.

Por lo que respecta a los antecedentes personales, nada hay que destacar. Embarazo, parto, neonatal y desarrollo psicomotor normales.

Por lo que se refiere a la escolaridad, está estudiando un ciclo formativo de grado medio, con resultados deficientes. Meritxell superó la enseñanza primaria con algunas dificultades. Que se acrecentaron en secundaria.

A los 12 años, fue diagnosticada de TDAH por un neuropediatra, siendo tratada con metilfenidato de liberación inmediata, en un principio, y de formulación retardada posteriormente. Como actividad extraescolar, practica el taekwondo, con buen rendimiento.

En la primera entrevista, tanto la madre como Meritxell nos confirman que, desde siempre, ha sido una niña bastante movida e inquieta, y con dificultades en la atención y concentración. Ya que cumplía los criterios requeridos por el DSM-IV TR, y la escala de Conners daba resultado positivo, se trató con Metilfenidato a partir de los 12 años. La prescripción y el diagnóstico corrieron a cargo del neuropediatra. No se estableció la necesidad de ningún tratamiento.

A pesar de que se aumentaron las dosis del metilfenidato, Meritxell reconoce no haber observado ninguna respuesta positiva al tratamiento.

Meritxell se encuentra en una situación de fracaso escolar. El psicólogo del instituto le hace una entrevista, y sospecha un trastorno ciclotímico, por lo que solicita consulta con un especialista psiquiatra.

Se practica una exploración psicológica de Meritxell basada en cuestionarios de personalidad (MMPI-A) y la entrevista semiestructurada EVMAC. Posteriormente, se analizan los datos obtenidos en los perfiles con la propia paciente. Destaca un humor elevado y eufórico, hiperactividad motora, discurso acelerado, pensamiento acelerado con eventual fuga de ideas, distraibilidad, ideas de grandiosidad con aumento de la autoestima, y energía excesiva. Existe una conciencia parcial de enfermedad. El nivel intelectual es normal y las pruebas de atención y concentración dan también resultados de normalidad. El cuestionario sobre sintomatología de-

presiva indica un grado moderado de afectación. Durante toda la entrevista, Meritxell se muestra tranquila, colaboradora, sin ningún síntoma de hiperactividad.

En la entrevista, Meritxell explica como suele padecer fases depresivas que coinciden con el invierno y la primavera. Durante el resto del año, se siente muy animada, con especiales fases de euforia a finales de verano.

La hipótesis diagnóstica descarta un TDAH y se aproxima a un trastorno ciclotímico, con componente estacional.

Se suspende la medicación con Metilfenidato y se instaura tratamiento con Oxcarbazepina (dosis ascendente hasta 300 mg/día) y risperidona (0,5 mg/día). La risperidona, a dosis bajas, ha mostrado una acción muy beneficiosa en estos pacientes.

A los dos meses de cambiado el tratamiento, el psicólogo nos informa sobre un cambio espectacular en la evolución clínica de Meritxell.

La evolución sigue positiva, con un empeoramiento cuando ella, por su cuenta, dejó la medicación. Una vez regularizada y estabilizada de nuevo (se aumenta la oxcarbazepina hasta 360 mg/día y se mantiene la misma dosis de Risperidona), Meritxell se mantiene estable. Actualmente, no hay apenas sintomatología psíquica, ha aprobado el curso, compagina el estudio con el trabajo, se plantea pasar a un ciclo formativo de grado superior, y tiene pareja estable. Su evolución es positiva.

