



# ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

ACTUACIÓN EN URGENCIAS Y CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

MARTA APARICIO ARMUÑA (F.E.A. PSIQUIATRÍA H.UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA)



# ANSIEDAD

DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGIA.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

TRATAMIENTO.

# DEFINICIÓN. SINTOMATOLOGÍA.

- ▶ El miedo es una respuesta fisiológica NORMAL de adaptación a situaciones de peligro potencial. La ANSIEDAD PATOLÓGICA consiste en la aparición de esta respuesta fisiológica :
  - ▶ 1. En ausencia de un estímulo potencialmente nocivo.
  - ▶ 2. En presencia del estímulo nocivo , pero de forma desproporcionada.
- ▶ La ansiedad se manifiesta en 4 grupos de síntomas: Neurovegetativos, Cognitivos, Conductuales y Emocionales.
- ▶ Principales síntomas de ansiedad en Preadolescencia y Adolescencia:
  - ▶ ANGUSTIA
  - ▶ TEMORES INCONTROLABLES
  - ▶ DOLOR TORÁCIO
  - ▶ OBSESIONES – RITUALES
  - ▶ INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ
  - ▶ DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN
  - ▶ DESPERSONALIZACIÓN - DESREALIZACIÓN

# PRINCIPALES T. DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES I.

- ▶ T.ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (T.A.S.): Más común en niños más pequeños, se trata de una intensa angustia al separarse de sus cuidadores principales. (3-5% de los niños/2-4% de los adolescentes).
- ▶ T. DE ANSIEDAD GENERALIZADA(T.A.G.): Similar al cuadro del adulto, afecta aproximadamente al 4% de los niños y adolescentes, siendo más frecuente en mujeres y/o en personalidades con tendencia al **Perfeccionismo, la Dependencia y la Hipersensibilidad a la crítica**. Consiste en la presencia de múltiples miedos que carecen de base real que afectan a múltiples aspectos vitales.
- ▶ FOBIAS SIMPLES: Aparecen entre 1.5-3% de los adolescentes y consisten en un miedo irreprimible y persistente a un estímulo concreto y que sólo aparece asociado al estímulo y que limita el desarrollo del funcionamiento normal de la vida del niño.
  - ▶ **NIÑOS MAYORES**: Ascensor, COLEGIO.
  - ▶ **ADOLESCENTES**: Sangre, heridas, ascensor, RELACIONES SOCIALES.

# PRINCIPALES T. DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES II.

- ▶ **FOBIA SOCIAL:** Afecta al 1% de los adolescentes (Otros estudios indican que hasta el 14%), es típica de la adolescencia y más frecuente en el sexo masculino. CARACTERÍSTICAS:
  - ▶ **Pánico a la interacción social**, especialmente con iguales.
  - ▶ **Conductas evitativas** y rechazo anticipado a los demás de carácter defensivo.
  - ▶ Sintomatología vegetativa.
  - ▶ Sintomatología Depresiva.
  - ▶ Intentos de Suicidio.
  - ▶ Dificultades académicas y laborales.
- ▶ **FOBIA ESCOLAR:** Con una prevalencia del 5%, algo más frecuente en niños. Rechazo a ir a clase por un miedo irracional a algún aspecto del ámbito escolar. CARACTERÍSTICAS:
  - ▶ Empeoramiento por la noche y por la mañana temprano. Mejoría el fin de semana y vacaciones.
  - ▶ Sintomatología ansiosa. **FRECUENTÍSIMAS SOMATIZACIONES.**

# TRATAMIENTO DE LOS T. DE ANSIEDAD

## LEVE-MODERADO

- APOYO: Tto. De Soporte-Educativo.
- T. COGNITIVO-CONDUCTUAL.
- T. PSICODINÁMICO.
- T. FAMILIAR.

## GRAVE

- PSICOTERAPIA:
  - T.COGNITIVO-CONDUCTUAL.
  - T. PSICODINÁMICA.
  - T.FAMILIAR.
- FARMACOTERAPIA:
  - ISRS: Fluoxetina, Sertralina.
  - BZDs: De forma sobre todo puntual y asociadas al tto. Con ISRS.



# DEPRESIÓN

SINTOMATOLOGÍA.

PRINCIPALES T. DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

TRATAMIENTO.

# SINTOMATOLOGÍA I

## AFECTIVA

-ÁNIMO TRISTE-DEPRIMIDO-DISFÓRICO

-IRRITABILIDAD

-APATÍA

-ANHEDONIA

-LABILIDAD-INCONTINENCIA EMOCIONAL

-INSATISFACCIÓN-PESIMISMO

-AISLAMIENTO

-ANSIEDAD

## FÍSICA

-ENLENTECIMIENTO PSICOMOTRIZ

-INQUIETUD PSICOMOTRIZ-AGITACIÓN

-**FATIGABILIDAD-ASTENIA**

-AUMENTO/DISMINUCIÓN DEL APETITO

-ALTS. DEL SUEÑO (INVERSIÓN DEL CICLO/HIPERSOMNIA/INSOMNIO)

-DISMINUCIÓN DE LIBIDO

-SOMATIZACIONES INESPECÍFICAS

-HIPERACTIVACIÓN AUTONÓMICA

## COGNITIVA

-MENOR CONCENTRACIÓN Y MEMORIA

-DISTORSIONES COGNITIVAS NEGATIVAS (SOLEDAD, VACÍO, CULPA)

-RUMIACIONES NEGATIVAS

-IDEAS DE MUERTE. IDEACIÓN AUTOLÍTICA.

-IDEACIÓN DELIROIDE (PSICOSIS AFECTIVA)

# SINTOMATOLOGÍA II. DIFERENCIAS CLÍNICAS

- ▶ T. DEPRESIVO VS TRISTEZA NORMAL: La tristeza normal es proporcional al desencadenante, se alivia mediante situaciones positivas y se resuelve espontáneamente. La principal diferencia es que en los trastornos depresivos aparecen **malestar interno** y **deterioro funcional persistentes**.
- ▶ T. DEPRESIVO EN NIÑOS VS ADOLESCENTES:
  - ▶ **NIÑOS:** Preeminencia de **rabieta**s, irritabilidad, agitación psicomotriz, **hiperreactividad/labilidad emocional**, alt. del sueño y del apetito, ansiedad por separación y **somatizaciones inespecíficas**.
  - ▶ **ADOLESCENTES:** Tendencia a la recurrencia, **humor fluctuante**, **desinterés** por actividades placenteras que antes le gustaban y **abandono del aseo y del aspecto personal**.

# PRINCIPALES T. DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES I

- ▶ T. ADAPTATIVO: La sintomatología aparece a raíz de un factor desencadenante y es de carácter más leve y autolimitado.
- ▶ T. DEPRESIVO NO ESPECIFICADO: El paciente no cumple los criterios clínicos de un T. Depresivo Mayor, pero presenta al menos uno de los síntomas cardinales del mismo:
  - ▶ TRISTEZA
  - ▶ IRRITABILIDAD
  - ▶ ANHEDONIA
- ▶ T. DISTÍMICO: Cursa con:
  - ▶ INICIO INSIDIOSO Y DESARROLLO TÓRPIDO-FLUCTUANTE
  - ▶ SÍNTOMAS SUBSINDRÓMICOS
  - ▶ DURACIÓN DE AL MENOS 1 AÑO
- ▶ DEPRESIÓN DOBLE: Aparición de un T. Depresivo Mayor a raíz de un T. Distímico.

# PRINCIPALES T. DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES II

- T.DEPRESIVO MAYOR: Se trata del cuadro depresivo más grave y para su diagnóstico deben estar presentes:
  - 5 SÍNTOMAS DEPRESIVOS, siendo uno de estos al menos, un síntoma cardinal:
    - HUMOR DEPRIMIDO O DISFÓRICO
    - APATÍA
    - ANHEDONIA
  - PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS EN:
    - TODOS LOS ÁMBITOS DIARIOS
    - LA MAYOR PARTE DEL DÍA
    - TODOS LOS DÍAS
    - DURANTE 2 SEMANAS(DSM-IV-TR)/ 1 MES (CIE-10)
  - CLÍNICA MÁS GRAVE Y DE PEOR PRONÓSTICO: Sintomatología psicótica (9% de los niños/15% de los adolescentes).

# TRATAMIENTO

- ▶ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Indicados SIEMPRE EN T. DEPRESIVO MAYOR. En otros trastornos según la gravedad de la clínica.
  - ▶ TIPOS:
    - ▶ 1ª ELECCIÓN: ISRS (Fluoxetina y Sertralina sobre todo).
    - ▶ OTROS: Venlafaxina y Mirtazapina.
  - ▶ USO EN NIÑOS-ADOLESCENTES:
    - ▶ Comienzo lento.
    - ▶ Mismas dosis efectivas que en adulto.
  - ▶ **ALERTAS**: Ideación suicida: EN T.DEPRESIVO MAYOR LA PREVALENCIA ES LA ESPERADA PARA SU CLÍNICA Y LOS ISRS **NO** LA AUMENTAN.
- ▶ PSICOTERAPIA: Demostrada eficacia en todos los trastornos depresivos, se puede usar en monoterapia en casos leves-moderados. TIPOS:
  - ▶ T. Cognitivo-Conductual.
  - ▶ T. Interpersonal
  - ▶ T. Familiar

Y/O



# CONDUCTAS SUICIDAS Y PARASUICIDAS

# CONDUCTAS SUICIDAS I

## ► EPIDEMIOLOGÍA:

- Aumento del riesgo con la edad.
- Intentos de suicidio: Pico máximo a mitad de la adolescencia.
- Suicidios Consumados: Pico máximo al final de la adolescencia.

## ► DIFERENCIA ENTRE CONDUCTAS SUICIDAS E IDEAS DE MUERTE:

- **Las conductas suicidas** implican una actuación o al menos una planificación, aunque no sea específica y estructurada, y son motivo de atención en **urgencias**.
- **Las ideas de muerte** consisten en una reflexión sobre el sentido de la vida que implica el deseo de la propia muerte, son de carácter pasivo y son motivo de derivación preferente a **consultas de Salud Mental**.

# CONDUCTAS SUICIDAS II. TIPOS.

- ▶ IDEAS DE SUICIDIO (IDEACIÓN AUTOLÍTICA): Asociado al deseo de matarse, una planificación (ESTRUCTURADA/NO ESTRUCTURADA) del acto y la valoración del impacto de la muerte sobre su entorno.
  - ▶ NIÑOS: Menos frecuentes y de menor significación clínica.
  - ▶ ADOLESCENTES: Mayor frecuencia. 4% de los varones/ 9% de las mujeres. En un 25% de los casos sin psicopatología asociada.
- ▶ INTENTO DE SUICIDIO: Lesión autoinfligida no letal realizada con intención de morir. Con frecuencia se trata de actos impulsivos, siendo el método más frecuente la sobreingesta medicamentosa, principalmente de analgésicos o psicofármacos.
- ▶ SUICIDIO CONSUMADO:
  - ▶ Más frecuente en varones y personalidades impulsivas.
  - ▶ Frecuentemente en casos en que existía un Trastorno Afectivo, T. de Conducta o Abuso de Sustancias.



# CONDUCTAS PARASUICIDAS

- ▶ ACTING OUT: Amenazas de suicidio o conductas autolesivas que se caracterizan por:
  - ▶ MENOR LETALIDAD
  - ▶ MENOR INTENCIÓN DE MUERTE
  - ▶ OTRAS MOTIVACIONES ASOCIADAS
- ▶ CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA: Lesiones físicas autoinfligidas (cortes superficiales, arañazos, quemaduras, mordeduras, golpearse) , pero sin intención de muerte. Motivaciones más frecuentes:
  - ▶ INTENCIÓN ANSIOLÍTICA
  - ▶ INTENCIÓN DE CONECTAR CON LA REALIDAD, SENTIR.



# ACTUACIÓN EN URGENCIAS

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN



## 1º. MEDIDAS AMBIENTALES

- Realizar la entrevista en un lugar tranquilo sin objetos potencialmente peligrosos.
- Separar al paciente del origen del conflicto.
- Valorar cuidadosamente si la presencia de los familiares es facilitadora o contraproducente.

# 2º ENTREVISTA Y CONTENCIÓN VERBAL

## ► OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA:

- MOTIVO DE CONSULTA
- EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: Principales items:
  - Ideas de muerte/Ideación autolítica
  - Heteroagresividad
  - Alteraciones del curso o del contenido del pensamiento
  - Alteraciones sensorio-perceptivas
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL de patología urgente. DESCARTAR ORIGEN ORGÁNICO
- Valoración del RIESGO AUTO O HETEROAGRESIVO.
- ALIANZA TERAPÉUTICA.
- INTERVENCIONES VERBALES dirigidas a la mejoría del paciente.

# 3º CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA I

## ▶ PAUTA FARMACOLÓGICA ORAL:

- ▶ **ANSIEDAD/CRISIS DE PÁNICO:** BZD de vida media corta. Lorazepam 1mg. v.o. (Máx. 10mg/día)
- ▶ **INQUIETUD/AGITACIÓN LEVE:**
  - ▶ BZDS DE VIDA MEDIA LARGA:
    - ▶ Clorazepato (Máx 1mg./kg.)
    - ▶ Clonazepam (Máx 6 mg./día)
    - ▶ Diazepam (Máx 40mg./día)
  - ▶ ANTIPSICÓTICOS: Más útiles en los casos en que la agitación o la ansiedad se asocian a clínica disociativa o psicótica.
    - ▶ Risperidona: Niños 1mg./Adolescentes 2mg.
    - ▶ Olanzapina: Niños 2.5mg./ Adolescentes 5mg.

# 3º CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA II

## ► PAUTA FARMACOLÓGICA PARENTERAL:

Si el paciente rechaza tto. Oral o presenta agitación intensa. **V.IM.**

### ► ANTIPSICÓTICOS:

- ATÍPICOS: Olanzapina: Ampollas i.m. de hasta 10mg. (1/2 ó 1 en función de edad, peso y tolerancia)
- TÍPICOS: Haloperidol: Ampollas i.m. 5mg. (Niños ½ amp./ Adolescentes 1 amp.)

### ► BENZODIACEPINAS: Clorazepato i.m. 50mg. ½ ó 1 amp. i.m.

**Y/O**

# 4º CONTENCIÓN FÍSICA/MECÁNICA I

## ► TIPOS:

- **FÍSICA:** Sujeción por personas por turnos hasta que el paciente se calma.
- **MECÁNICA:** Recomendada contención mecánica completa (5 puntos: extremidades y tórax). Aceptable dos miembros alternos. Se emplean cinturones y fijaciones por imán. REQUISITOS IMPRESCINDIBLES:

- Al menos 5 personas para realizarla.
- Vigilancia directa
- Control de TA y Tª cada 30 minutos
- Asegurar hidratación

## ► INDICACIONES:

- Riesgo auto o heterolesivo.
- Riesgo de fuga con sospecha de patología grave.
- Episodios de agitación.

# 4º CONTENCIÓN FÍSICA/MECÁNICA II

## ➤ CAUSAS DE AGITACIÓN

MÉDICAS	PSIQUIÁTRICAS
<p><u>-TÓXICAS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Alcohol y otros tóxicos</li><li>2. Corticoides</li><li>3. Confusión ó Reacción paradójica a BZDs.</li></ol> <p><u>-METABÓLICAS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hipoglucemia</li><li>2. Fiebre</li><li>3. Deshidratación</li></ol> <p><u>-NEUROLÓGICAS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cuadro postcrítico</li><li>2. TCE</li><li>3. Infecciones intracraneales</li><li>4. Anoxia cerebral</li><li>5. ACV</li><li>6. Tumor cerebral</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. T. de Personalidad.</li><li>2. T. del Espectro Autista</li><li>3. T. Generalizado del Desarrollo</li><li>4. T. Bipolar (Fase Maníaca)</li><li>5. T. Psicóticos</li><li>6. T. Disociativos</li><li>7. Ansiedad Acusada</li><li>8. T. de Conducta</li><li>9. T. Oposicionista</li></ol>

# 5° CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

## ► CRITERIOS DE INGRESO:

- PSICOPATOLOGÍA GRAVE DE DIFÍCIL MANEJO AMBULATORIO:
  - Primer episodio psicótico/Descompensación psicótica aguda.
  - T. Afectivo Moderado-Grave
  - Riesgo autolítico moderado-grave.
  - TCA si IMC < 16.5/Alt. Analítica/Bradycardia/Negativa a la ingesta
  - Patología dual descompensada.
  - Descompensación de pacientes con TEA
  - T. de Conducta asociados a patología psiquiátrica.
- CLARIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.
- IMPOSIBILIDAD DE CONTENCIÓN FAMILIAR.