



Jueves 2 de marzo de 2023

Mesa redonda:

¿Qué está pasando con la salud mental y emocional de los adolescentes?

**Moderadora:**

**Margarita Sánchez Calderón**

Pediatra de AP. Velilla de San Antonio. Madrid.  
Comité Científico del Congreso Actualización en Pediatría AEPap.

**Ponentes/monitores:**

- **Bienestar y salud mental en la escuela**  
**Juan de Vicente Abad**

Catedrático de orientación educativa.  
IES Miguel Catalán. Coslada. Madrid.

- **Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria**

**Rocío López Diago**

Psicóloga clínica infantojuvenil. Centro de Salud Mental Jaime Vera. Coslada. Madrid.

**Petra Sánchez Mascaraque**

Psiquiatra infantojuvenil. Centro de Salud Mental Jaime Vera. Coslada. Madrid.

Textos disponibles en

[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 23-31.



Comisión de Formación Continua  
de los Profesores Sanitarios de la Comunidad de Madrid

# Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria

Rocío López Diago

Psicóloga clínica infantojuvenil. Centro de Salud Mental Jaime Vera.

Coslada. Madrid.

[rldiago@salud.madrid.org](mailto:rldiago@salud.madrid.org)

Petra Sánchez Mascaraque

Psiquiatra infantojuvenil. Centro de Salud Mental Jaime Vera.

Coslada. Madrid.

## RESUMEN

En los últimos años se ha producido un empeoramiento de la salud mental de los adolescentes, traduciéndose en una mayor utilización de recursos, tanto en atención primaria y en salud mental especializada, como en los servicios de urgencias. En este texto se exponen las cifras actuales, se exploran las posibles causas del aumento del malestar emocional y se presentan algunas de las actuaciones a nivel sanitario que se están llevando a cabo para enfrentar esta situación. También se ofrecen algunas pinceladas y claves para distinguir entre el malestar emocional de la vida cotidiana y los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia, con el fin de favorecer la detección precoz de los mismos por parte de los pediatras de Atención Primaria y la derivación a los recursos pertinentes. Finalmente, se describen herramientas de diagnóstico y manejo del paciente adolescente en Atención Primaria, incluyendo algunos test de cribado de psicopatología, así como intervenciones psicofarmacológicas.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

En los últimos años hemos sido testigos de un empeoramiento en la salud mental de nuestros adolescentes. Se han realizado múltiples estudios, con diversas metodologías, desde encuestas independientes realizadas por asociaciones que velan por la

salud de los niños, hasta complejos metaanálisis y revisiones de la literatura científica. Todos los estudios, así como la experiencia clínica, coinciden en el aumento de la demanda en las patologías mentales infanto-juveniles, tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada y en los servicios de urgencias, lo que está ocasionando la saturación de los servicios sanitarios. Parece que hay más niños y adolescentes con patología mental, y en muchas ocasiones, la patología cada vez es más grave. Si bien parece que hay consenso con respecto a esta tendencia al alza, las cifras varían enormemente entre unos estudios y otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> ya alertó con datos previos a la pandemia, de que 1 de cada 7 adolescentes entre 10-19 años sufría algún trastorno mental, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos comportamentales las principales causas de alteración de la funcionalidad entre los adolescentes, y siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en el grupo etario entre los 15-19 años y la segunda entre los 15-29 años. Advierten además de que el fracaso en el abordaje de los trastornos mentales en la adolescencia trae complicaciones que se extienden hasta la edad adulta, limitando tanto la salud física como mental de los individuos.

En un informe de Save the Children<sup>2</sup> de 2021 se comparan los resultados de encuestas telefónicas a padres con los datos oficiales de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, revelando un aumento de los trastornos emocionales del 1,1% al 4%, y de los trastornos de conducta y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) del 2,5% al 7%. Recalcan que la incidencia de psicopatología aumenta drásticamente a partir de los 12 años y en familias en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica. La ideación y conductas suicidas también aumentan al llegar a la adolescencia, especialmente en familias con rentas bajas, y en adolescentes víctimas de bullying o cyberbullying.

Según el informe de 2021 de la Fundación ANAR<sup>3</sup>, las consultas telefónicas de niños, adolescentes y sus familiares, con respecto a motivos relacionados con la salud mental, han sufrido un incremento del 54,6% con

respecto a 2020. Las consultas relacionadas con el suicidio han experimentado un aumento preocupante, multiplicándose por 18,8 entre 2009 y 2021, y aumentando un 90,9% solo en el último año, aunque afortunadamente el número de suicidios consumados se ha mantenido estable o ha aumentado más moderadamente (según datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>4</sup>, en los últimos 4 años disponibles, 2017, 2018, 2019 y 2020, muestran que en menores de 15 años se contabilizaron 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio y en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios). También son preocupantes las consultas por autolesiones, que se han multiplicado por 56,1 desde 2009. Aparte de eso, según el informe de ANAR, en el último año las consultas telefónicas por trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado un 154,7%, por duelo un 138,9%, por adicciones un 41%, por síntomas depresivos un 31,5%, por ansiedad un 25,6% y por problemas de conducta un 9,6%.

Por último, los metaanálisis y las revisiones científicas<sup>5,6</sup> también coinciden en que los niños y adolescentes han sido el grupo de edad más afectado por la pandemia, aunque siempre recalcando la gran disparidad de datos que se encuentra según los estudios, muestras y países (por ejemplo, un estudio encontró alteraciones conductuales entre el 5,7-68,5% de los niños y adolescentes; ansiedad entre el 17,6-43,7% y depresión entre el 6,3-71,5%).

### **CAUSAS DEL MALESTAR EMOCIONAL, FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN**

---

Para entender la patología en la adolescencia es necesario contextualizar el momento histórico y cultural en el que nos encontramos. Vivimos en una sociedad cada vez más hedonista, existe poca tolerancia al malestar y cada vez se tiende más a medicalizar la vida cotidiana y a recurrir a la ayuda de las terapias para enfrentarse al día a día. En cuanto a la crianza, se ha dado una pérdida de autoridad tanto en casa como en los colegios, con una tendencia a democratizar las decisiones que se toman con respecto a los hijos. En nuestra sociedad todo es cuestionable y relativizable, lo que hace que los valores tradicionales pierdan influencia. Cada

vez se tienen menos hijos, se ha dado una pérdida de apoyos externos (familia extensa o apoyos de la comunidad), los padres cada vez tienen más edad y horarios de trabajo más extensos, y nuestros menores están continuamente expuestos a las tecnologías (contenidos violentos, sexuales, etc.).

Se estima que la explicación del aumento de psicopatología en los adolescentes es multicausal. Hay que considerar que la adolescencia es un periodo clave en el que los jóvenes adquieren hábitos de vida, sociales y emocionales, y si todo va bien, estas habilidades les permitirán enfrentarse con éxito a las demandas del ambiente y convertirse en personas independientes. Este proceso puede estar facilitado o dificultado por las condiciones del entorno, y en este sentido, se han descrito en la literatura factores de riesgo y de protección de cara a sufrir psicopatología durante la adolescencia.

En este contexto, la pandemia de COVID-19, el confinamiento domiciliario y las restricciones posteriores de casi 2 años de duración, han supuesto un factor de riesgo más y ha obligado a nuestros adolescentes a adaptarse a numerosos cambios (cierre de escuelas, sedentarismo, mayor exposición a tecnologías, alteración de los patrones de sueño y alimentación, pérdida de rutinas y autocuidados, separación de amigos y parejas, aumento del tiempo en familia, interrupción de proyectos académicos y estancias en el extranjero, duelos difíciles y sin posibilidad de realizar los rituales de despedida, aumento del consumo de tóxicos, mayor estrés emocional y dificultades económicas en los progenitores)<sup>7</sup>. En general, todos los estudios sobre los efectos de la pandemia en la salud mental de los adolescentes suelen coincidir en un aumento de vulnerabilidad en el sexo femenino, en las familias con dificultades económicas y en los menores que ya tenían alguna patología mental o discapacidad diagnosticada antes de la pandemia<sup>8,9</sup>.

Se considera que los **factores de riesgo** tienen un efecto acumulativo, de manera que cuantos más se dan, mayor es el riesgo de sufrir psicopatología<sup>10</sup>. Los principales factores de riesgo que se han descrito son:

- **A nivel individual:** sexo femenino, edad postpuberal, presencia de otras enfermedades crónicas médicas o psicológicas, discapacidad o necesidades de aprendizaje, temperamento irritable, tendencia a la emocionalidad negativa, estilos cognitivos rumiativos, déficit de habilidades sociales, homosexualidad, disforia de género, presencia de eventos traumáticos previos, fracaso escolar, etc.
- **A nivel familiar:** antecedentes de psicopatología o consumo de tóxicos, especialmente en los padres, conflictos conyugales o en las relaciones paternofiliales, traumas vinculares, historias de maltrato, negligencia o abuso, estilos educativos rígidos, rechazo afectivo, etc.
- **A nivel social:** conflictos sociales o ausencia de amistades, historias de *bullying*, migración, niños sin hogar, institucionalizados o refugiados, marginación, pertenecer a minorías étnicas o culturales, pobreza y falta de recursos, etc.

Por el contrario, también se han descrito **factores protectores** que pueden mitigar los efectos de las adversidades sobre la salud mental, entre ellos caben destacar: sentido del humor, buenas relaciones sociales y familiares, logros personales, nivel socioeconómico medio o alto, inteligencia normal o alta, hábitos de vida saludables, tener creencias religiosas, espirituales o valores positivos, etc.

## ACTUACIONES ADOPTADAS DESDE SALUD MENTAL

---

El aumento evidente de la demanda en salud mental infantojuvenil está viniendo de la mano de cambios en las políticas sanitarias, tanto a nivel nacional como autonómico.

En concreto, la nueva estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2022-26<sup>4</sup> contempla una línea estratégica específica para la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, y otra para el mejor desarrollo de la salud mental in-

fantojuvenil. En 2021 se aprobó la creación de la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia, y se ha priorizado el abordaje y detección precoz de los trastornos mentales graves (en concreto, los trastornos psicóticos), los malos tratos en la infancia, el fracaso y acoso escolar, la violencia filioparental, y las adicciones tecnológicas. Para ello se propone reforzar la formación de especialistas, favorecer un buen cribado y detección del riesgo desde Atención Primaria, desarrollar programas para mejorar la adherencia terapéutica y los planes de continuidad de cuidados, y luchar contra el estigma y la discriminación de los niños con problemas de salud mental.

A nivel autonómico, la gran mayoría de Comunidades Autónomas están realizando un esfuerzo por aumentar los recursos en lo relativo a la salud mental infantojuvenil. Las principales medidas van en la línea de aumentar el número de profesionales contratados, crear líneas específicas de prevención del suicidio, así como fomentar la creación de nuevas unidades de hospitalización breve de adolescentes, hospitales de día, y equipos de hospitalización domiciliaria para menores con patologías complejas.

Pese a que estas medidas parecen esperanzadoras, queda mencionar que la situación de la salud mental infantojuvenil, a nivel ambulatorio en los centros de Atención Primaria (AP) y en los centros de salud mental (CSM), sigue estando desbordada. En AP hace falta mayor inversión y formación para favorecer la detección precoz y el abordaje de los niños y adolescentes con problemas mentales, también hay que mejorar las coordinaciones de AP con otros recursos (salud mental, servicios sociales, educación), así como valorar la posibilidad de incluir psicólogos clínicos en AP. Por otro lado, en los CSM las listas de espera son interminables, los tiempos de espera entre las citas de revisión son muy elevados y los profesionales se ven obligados a asumir una gran carga asistencial, con pocos o inexistentes programas de tratamiento intensivo ambulatorio para los menores con trastorno mental grave, y pocos espacios destinados a la supervisión de casos y coordinación con otros recursos.

## CÓMO DIFERENCIAR EL MALESTAR EMOCIONAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Antes de analizar las diferencias entre el malestar emocional de la vida cotidiana y los trastornos mentales, es preciso recordar los cambios psicológicos que se producen durante el desarrollo evolutivo normal de los adolescentes: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas o espirituales, actitud social reivindicativa, desubicación temporal, contradicciones en la forma de actuar, desarrollo de la sexualidad, separación progresiva de los padres y fluctuaciones en el humor y el ánimo<sup>11</sup>. La adolescencia se define como el periodo de transición entre la infancia y la adultez, y se considera que para lograr la estabilidad en la personalidad y en la identidad propia de los adultos, los adolescentes deben pasar necesariamente por un periodo caracterizado por la inestabilidad y la crisis. Además, sabemos que la satisfacción vital de los individuos varía a lo largo de la vida, pero alcanza sus valores mínimos durante el periodo de la adolescencia<sup>12</sup>.

Por todos estos motivos, es difícil establecer la línea que separa lo que se considera sano de lo que se considera patológico en la adolescencia. A esto hay que sumarle que esta línea no tiene claramente un correlato observable en la realidad, sino que es algo consensuado por los expertos y varía según lo que se considera aceptable en el momento histórico y cultural de cada sociedad. La mayoría de las conductas no son patológicas en sí mismas, sino que lo que las puede convertir en patológicas es su duración, intensidad, frecuencia, contexto de aparición, y, sobre todo, su capacidad de alterar el funcionamiento global o parcial del adolescente (ya sea en el área familiar, social, de ocio y tiempo libre, académica, ocupacional, personal, legal, etc.). Como consecuencia, los autores hablan de un continuo entre el desarrollo normal y el desarrollo patológico, en vez de entender estos dos conceptos como categorías independientes y separadas.

A continuación, exponemos algunos de los problemas mentales más comunes en la adolescencia, tratando de definir cuáles son las señales de alarma que nos deberían hacer pensar en una posible patología:

- a) **Trastornos de ansiedad y depresivos.** El miedo, las preocupaciones, la tristeza y la irritabilidad son parte de la vida y hay que aprender a tolerarlos, pero es una señal de alarma cuando éstos interfieren en el funcionamiento adaptativo del individuo. Habría que sospechar psicopatología si la tristeza se vuelve tan intensa que se traduce en apatía total, incapacidad para el disfrute, desesperanza, irritabilidad constante, alteraciones del sueño y del apetito, ideación suicida, o si la ansiedad es tan intensa que se traduce en ataques de pánico, somatizaciones frecuentes y/o conductas evitativas que impidan enfrentarse a las demandas evolutivas.
- b) **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).** En la adolescencia son habituales los complejos con el cuerpo y las inseguridades, así como los deseos por explorar la estética. Sin embargo, debemos preocuparnos cuando un adolescente muestra alguno de los siguientes signos: cambios drásticos en el peso, pérdida de la menstruación, adherencia a dietas estrictas u obsesión con la comida, el peso, las calorías..., ejercicio físico excesivo o uso de laxantes, vómitos a escondidas tras las comidas, atracones descontrolados (normalmente a escondidas), conductas extrañas o evitativas con la comida (esconder comida, evitar comer acompañado, no tener nunca hambre), etc. Es frecuente que los adolescentes con TCA oculten o minimicen sus síntomas, llegando incluso a negar sus deseos de bajar de peso o su descontento con el cuerpo.
- c) **Trastornos de conducta oposicionista o disocial.** Los adolescentes sanos buscan de alguna manera retar a la autoridad o cuestionar las normas sociales y familiares establecidas. Sin embargo, es una señal de alarma cuando esta conducta implica de manera recurrente agresiones verbales o físicas contra los demás, excesiva impulsividad o asunción de riesgos por parte del adolescente, conductas ilegales, daños contra la propiedad, o problemas repetidos con la autoridad (padres, profesores, policía). Es frecuente que estos problemas sean comórbidos con las adicciones.
- d) **Adicciones (tecnológicas y/o tóxicas).** Por un lado, es habitual que la mayoría de los adolescentes (y adultos) tengan dificultades para regular o controlar el uso excesivo de tecnología (móviles, videojuegos...). Por otro lado, un porcentaje elevado de adolescentes admite haber probado en alguna ocasión las drogas legales (tabaco, alcohol) o ilegales (cannabis principalmente). Sin embargo, no todos los adolescentes muestran un patrón adictivo de utilización de tecnología y/o sustancias. Lo que define la adicción es principalmente la pérdida de control (la necesidad y deseo creciente de utilizar cada vez más la sustancia adictiva), la imposibilidad de detener el uso de sustancias pese a los intentos o la determinación por hacerlo, los cambios bruscos en el ánimo o la conducta y, por supuesto, la interferencia en el funcionamiento habitual del adolescente.
- e) **Autolesiones.** Aunque las autolesiones en sí mismas no conforman un diagnóstico, últimamente ha aumentado mucho la demanda con respecto a este síntoma. Es necesario evaluar la gravedad, duración, frecuencia, e interferencia funcional de las autolesiones, así como la presencia de psicopatología comórbida. También es muy importante explorar la función que cumplen: la mayoría de las veces sirven para aliviar un dolor emocional, pero pueden cumplir otras funciones como la autopunición, la inclusión en un grupo social, el frenar un estado disociativo, y, solo en algunas ocasiones, están relacionadas con una finalidad autolítica. En función de esta evaluación, será necesario un tipo u otro de intervención.
- f) **Conducta suicida.** Tampoco compone un diagnóstico en sí mismo, pero en el 90% de los suicidios consumados había psicopatología comórbida<sup>13</sup>, y las consultas por ideación e intentos autolíticos en adolescentes han aumentado significativamente en los últimos años. La conducta suicida se da en un continuo, de menor a mayor nivel de gravedad: ideación (ideas pasivas de muerte, ideación autolítica activa, planificación del acto suicida), intentos autolíticos (valorar la letalidad del méto-

do elegido, si el intento ha sido planificado o impulsivo, las posibilidades de rescatabilidad, el consumo de tóxicos, los daños ocasionados), y finalmente, suicidio consumado. Las conductas en este espectro suponen un problema de salud y social muy importante y, ante la duda, conviene solicitar valoración profesional. Para fomentar la prevención, es imprescindible explorar fuentes de apoyo, motivos para vivir y estrategias de solución de problemas.

### HERRAMIENTAS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DESDE AP

El pediatra de AP cumple un rol muy importante de cara a la prevención primaria (educación sanitaria de adolescentes y padres), secundaria (detección precoz) y terciaria (intervención o derivación a salud mental) de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia. Tras la derivación a salud mental, el papel del pediatra continúa, ya que puede influir muy positivamente en el curso de la psicopatología, si se favorece la coordinación con los profesionales de salud mental, se apoyan las decisiones que ahí se toman, se acompaña y contiene a la familia y al adolescente durante el proceso, y se favorece la desestigmatización de las patologías mentales<sup>14</sup>.

La principal herramienta diagnóstica del pediatra de AP es la entrevista clínica, que, a ser posible, recogerá información tanto del adolescente como de ambos progenitores (especialmente si están divorciados). Puede ser muy útil realizar entrevistas por separado con los padres y el adolescente, explicando los límites de la confidencialidad. Lo ideal sería también poder contrastar la información de otros dispositivos, como el instituto, los servicios sociales, otros médicos especialistas, etc. Es frecuente que los datos recogidos por entrevista clínica varíen según las fuentes, ya que la conducta de los niños y adolescentes es variable según el contexto, y ahí el pediatra se enfrentará al reto de integrar y dar sentido al conjunto de información recogida.

Las herramientas de cribado o *screening* pueden ser una ayuda para el diagnóstico, pero nunca deberían sustituir a la entrevista y hay que tener en cuenta que,

en última instancia, el diagnóstico siempre es clínico. Ningún test sirve para diagnosticar de manera aislada.

A continuación, se muestra un resumen de los test de cribado disponibles en castellano con mejores propiedades psicométricas en población adolescente, según varias revisiones recientes<sup>4,7,14,15</sup>:

- **Depresión:** *Cuestionario de Depresión Infantil* (CDI) para edades entre 7-17 años, o el *Cuestionario de la Salud del Paciente Adolescente* (PHQ-9 o PHQ-2, que es una versión reducida con los 2 primeros ítems del PHQ-9), para edades a partir de los 12 años. El PHQ-9 se aplica y corrige más rápido que el CDI.
- **Ansiedad:** *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) para edades entre 9-15 años.
- **TDAH:** *Vanderbilt* con versiones para padres y maestros (aplicable entre 5-17 años), evalúa TDAH, pero también trastornos conductuales y malestar emocional.
- **TCA:** *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) a partir de los 13 años. También se puede usar el *Cuestionario SCOFF* que es muy breve, pero en ambos casos hay que tener en cuenta que es frecuente que los adolescentes con TCA nieguen o minimicen sus síntomas.
- **Conducta suicida:** *Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) para edades entre los 10-24 años.
- **Trastornos del espectro autista (TEA):** *Cuestionario de Comunicación Social* (SCQ), se aplica desde los 4 años, y por lo tanto sirve para la adolescencia.
- **Screenings generales de psicopatología variada en el adolescente:** *Cuestionario de Cualidades y Dificultades* (SDQ), entre los 2-17 años; y *Child Behavior Checklist* de Achenbach (CBCL), entre los 6-18 años. El CBCL se usa mucho en investigación, aunque el SDQ parece ser más operativo para la práctica clínica.

En cualquier caso, la aplicación de test de *screening* debería ir seguida de una entrevista clínica para poder explorar con más detalle cuestiones relevantes como podría ser, por ejemplo, la ideación suicida.

Con respecto al tratamiento, la saturación de los servicios de salud mental plantea la cuestión sobre si los pediatras de AP deberían iniciar el tratamiento farmacológico y en qué casos. Para ello, es necesario el conocimiento de los efectos secundarios y los problemas de tolerabilidad de los psicofármacos. Algunos pediatras presentan dudas, bien por falta de confianza en estos fármacos, o por percibir déficits en su formación.

A continuación, se hace una sucinta revisión de los **psicofármacos** más prescritos en pediatría.

Existe sobrada evidencia de la eficacia y tolerabilidad de los **estimulantes**, la atomoxetina y la guanfacina, en el tratamiento del TDAH<sup>16</sup>. Las guías clínicas avalan que el pediatra haga la primera prescripción de estimulantes a dosis bajas con incrementos cada 1-3 semanas. Se recomienda derivar a Salud Mental ante falta de eficacia o efectos secundarios intolerables.

Probablemente, la mayor complejidad sea decidir en qué momento se precisa la medicación y, como en todas las patologías mentales, la indicación es el deterioro funcional que presente el adolescente en su rendimiento académico, conducta, socialización o en la convivencia familiar.

Los **antidepresivos** en pediatría tienen uso clínico en los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y en depresión mayor. Para el tratamiento de la depresión mayor sólo dos antidepresivos están aprobados por la FDA<sup>17</sup>: la fluoxetina en niños de 8 a 17 años, y el escitalopram en adolescentes de 12 a 17 años. En pacientes pediátricos llama la atención la elevada tasa de respuesta al placebo, que tal vez estaría justificada por la atención de apoyo que se brinda al entrar a formar parte de un ensayo clínico.

La eficacia de los antidepresivos en la adolescencia está avalada por el estudio TADS<sup>17</sup> de tratamiento de depresión mayor en adolescentes y por el estudio TORDIA<sup>18</sup> de depresión resistente a los ISRS en depresión mayor en adolescentes.

La alarma surgida por el aumento de ideación suicida con el empleo de antidepresivos en niños y adolescentes desapareció al ver que aumentaron los suicidios al dejar de prescribir estos fármacos en niños con depresión. Se recomienda que la paroxetina y la venlafaxina no sean fármacos de primera elección por pediatras, porque es con estos dos antidepresivos con los que más ideación suicida se ha informado en los estudios realizados.

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la sertralina es el fármaco que tiene mayor evidencia científica de eficacia. Es de referencia el Estudio Multimodal de Ansiedad en Niños y Adolescentes (CAMS). También son eficaces la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina, la venlafaxina y la duloxetina.

En el TOC están aprobados la sertralina, la fluoxetina, la fluvoxamina y la clorimipramina, aunque este último no se recomienda como primera opción por sus efectos secundarios.

En relación al uso de **neurolépticos** en pediatría, cabe recomendar que esta medicación debe ser el último recurso en el tratamiento<sup>19</sup>. La FDA ha aprobado su uso en los siguientes casos: risperidona para el tratamiento de la irritabilidad en niños autistas de 5 a 16 años, y el aripiprazol y la risperidona para el tratamiento de la esquizofrenia en niños de 13 a 17 años. Más recientemente, se ha aprobado el uso de quetiapina, olanzapina, ziprasidona y aripiprazol para el tratamiento del trastorno bipolar tipo I y la esquizofrenia.

La realidad clínica es que el uso de antipsicóticos atípicos en pediatría se ha extendido a otras indicaciones, en especial a los trastornos de conducta, pero hay que tener en cuenta que pueden causar aumento de peso y el riesgo de desarrollar hiperglucemia, hiperlipidemia, hiperprolactinemia y diabetes. No deberían prescribirse si no se controlan estos posibles efectos secundarios. Siempre es necesaria una intervención psicosocial previa, revisar el estilo de crianza y hacer un abordaje conductual. La dificultad en acceder a estas terapias no debería justificar el empleo de neurolépticos.

Por último, las **benzodicepinas** en niños y adolescentes con finalidad ansiolítica sólo deberían utilizarse a corto plazo, por el riesgo de dependencia y por la falta de estudios.

Como resumen, podemos decir que cuando el tratamiento farmacológico esté indicado, el pediatra podrá iniciarlo desde AP si tiene los conocimientos necesarios en psicofarmacología.

La larga lista de espera hasta llegar a las consultas de salud mental y la dificultad de acceder a la psicoterapia no deberían ser la indicación de iniciar un tratamiento farmacológico. En infantojuvenil, las intervenciones psicosociales en el tratamiento de los trastornos mentales se consideran de vital importancia.

### RECOMENDACIONES O CONCLUSIONES

- El aumento de los trastornos mentales en la adolescencia es multicausal.
- El pediatra en AP tiene un papel clave en la prevención y detección de trastornos mentales en la adolescencia.
- Los pediatras en AP tienen como principal herramienta de evaluación la entrevista clínica, aunque de manera complementaria, pueden apoyarse en instrumentos de cribado.
- La evaluación de los trastornos mentales en la adolescencia debe incluir recogida de datos sobre los factores de riesgo y protectores de cada caso individualizado, así como un análisis de las alteraciones en el funcionamiento adaptativo del individuo en cada uno de los niveles (familiar, social, académico, ocupacional, personal, legal, etc.).
- Antes de intervenir, es clave hacer un buen diagnóstico diferencial para distinguir el malestar de la vida cotidiana de los trastornos mentales. Se considera que existe un continuo entre el malestar emocional y los trastornos mentales.

- Es útil que los pediatras en AP conozcan los tratamientos farmacológicos de primer nivel para los trastornos mentales más comunes en la adolescencia.
- Es necesario fortalecer las coordinaciones entre AP y salud mental especializada para mejorar el manejo de los casos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation. Adolescent mental health. [Fecha de acceso 16 oct 2022]. Disponible en [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health)
2. Save the Children. Crecer saludable(mente). [Fecha de acceso 16 oct 2022]. Disponible en [www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe\\_Creer\\_saludablemente\\_DIC\\_2021.pdf](http://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Creer_saludablemente_DIC_2021.pdf)
3. Fundación ANAR. Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021. [Fecha de acceso 16 oct 2022]. Disponible en [www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf](http://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf)
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. [Fecha de acceso 16 oct 2022]. Disponible en [www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](http://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf)
5. Di Fazio N, Morena D, Delogu G, Volonnino G, Manetti F, Padovano M, *et al.* Mental Health Consequences of COVID-19 Pandemic Period in the European Population: An Institutional Challenge. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15):9347.
6. Oliveira JM, Butini I, Pualetto P, Lehmkühl KM, Stefani CM, Bolan M, *et al.* Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022;19(2):130-7.

7. Sánchez Mascaraque P. Salud mental de niños y adolescentes en la pandemia del coronavirus. *Pediatr Integral*. 2021;25(5):211-213.
8. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1142-50.
9. Gilsbach S, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on children and adolescents with and without mental disorders. *Front Public Health*. 2021;9:679041.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: Identification and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019.
11. Aberastury A, Knobel M. El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1977. p. 11-50.
12. Orben A, Lucas RE, Fuhrmann D, Kievit RA. Trajectories of adolescent life satisfaction. *R Soc Open Sci*. 2022;9(8):211808.
13. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4(1):1-11.
14. Ives LE. Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil. *Pediatr Integral*. 2022;7:5.
15. Sánchez Mascaraque P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria. *Adolescere*. 2019;7(2):54.e1-54.e10.
16. Strawn JR, Dobson ET, Giles LL. Primary pediatric care psychopharmacology: Focus on medications for ADHD, depression, and anxiety. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(1):3-14.
17. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team, March J, Silva S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1141-9.
18. Emslie GJ, Mayes T, Porta G, Vitiello B, Clarke G, Wagner KD, et al. Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):782-91.
19. Harrison JN, Cluxton-Keller F, Gross D. Antipsychotic medication prescribing trends in children and adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2012;26(2):139-45.