



**Adolescencia, agresividad y trastornos mentales
graves:
¿quién NO es el responsable?**

Alumnos

Elena Vila García de Paredes
Noelia Magraner Bonifacio
Elsa Armero Arranz
Carmen Ortega Martínez

Directores del trabajo

Dra. María Barberá Fons
Dr. Jorge Vila Arteaga

Valencia, 2020

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de cambios físicos y psicológicos que, en algunos casos, puede desencadenar en trastornos de conducta. Situaciones extremas, con actitudes agresivas hacia otros o hacia ellos mismos, llevan ingresar a estos jóvenes en unidades de psiquiatría.

Para poder analizar estos hechos, profundizamos a nivel teórico en aspectos relacionados con los trastornos mentales graves, la agresividad y la violencia. Posteriormente estudiamos y analizamos las características sociales y clínicas de los adolescentes ingresados en los últimos dos años en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe de Valencia.

Las condiciones sociales y personales de los adolescentes ingresados son muy diferentes, pero coinciden en que la mayoría de ellos presentan un trastorno mental grave que no ha podido ser diagnosticado o tratado y que es responsable de la agresividad que los ha llevado a esta situación.

Este trabajo pretende sensibilizar sobre estos jóvenes, que en muchos casos son estigmatizados por una agresividad que realmente se debe a su enfermedad no diagnosticada o tratada.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, agresividad, trastornos de conducta, trastornos mentales graves.

INDICE

1.- Justificación	4
2.- Hipótesis y objetivos	5
2.1.- Hipótesis	5
2.2.- Objetivos	5
3.- Trastornos de conducta en la adolescencia	6
3.1.- Principales trastornos de conducta	6
3.2.- Trastornos mentales graves en la adolescencia	7
3.3.- Agresividad y violencia	8
4.- Material y métodos	10
5.- Resultados	11
5.1.- Características demográficas de los pacientes	11
5.2.- Situación familiar	12
5.3.- Datos clínicos de los adolescentes	13
5.4.- Tipo de ingreso	14
5.5.- Síntoma por el que ingresa, objetivo de la hospitalización y diagnóstico al alta	15
6.- Discusión	18
6.1.- Adolescencia, agresividad, trastornos de conducta y TMG	18
6.2.- Análisis de los datos obtenidos	19
6.3.- Reflexión	21
6.4.- Futuras líneas de trabajo y cuestiones pendientes	23
7.- Conclusiones	24
8.- Agradecimientos	25
Bibliografía	26

1.- JUSTIFICACIÓN

Son varios los motivos por los que nos centramos en los trastornos mentales graves en la adolescencia. Como futuras estudiantes de carreras sanitarias, tenemos una sensibilidad hacia las personas en lo que respecta a su salud, tanto física como mental. Al interesarnos sobre los trastornos de conducta descubrimos el sufrimiento de muchos jóvenes, señalados por tener un trastorno psiquiátrico. Profundizar y concienciar sobre este problema nos parece de gran importancia por la repercusión que tiene en sus vidas. Sabemos que en la adolescencia se producen una serie de cambios físicos y psicológicos, que serán determinantes en la etapa adulta. Estos cambios afectan a muchos ámbitos de nuestra vida, y de forma más sensible a la conducta.

Normalmente los comportamientos son adecuados o socialmente aceptados, pero no siempre es así. Hay casos extremos en los que existe una conducta muy agresiva, contra sí mismos o contra los demás, que requiere una actuación urgente por parte del entorno. Esta situación la encontramos en los 145 adolescentes que, en un periodo de dos años, han estado ingresados durante varias semanas por trastornos graves de conducta en la Unidad de ingreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe de Valencia.

Esta desconocida pero dramática realidad nos obliga a realizar un profundo análisis: adolescentes como nosotros que, en pocos años, modifican su conducta hacia un extremo de agresividad, sin adaptación a la sociedad, generando un sufrimiento a ellos mismos, a su familia y a su entorno. Nos ha impactado saber que la agresividad ha sido el síntoma que ha delatado un problema mayor, generalmente tratable y potencialmente mejorable.

2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1.- Hipótesis

El ambiente en el que vive el adolescente determina que en un futuro pueda padecer una alteración en la conducta.

2.2.- Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- 1.- Diferenciar los conceptos básicos relacionados con los trastornos mentales en los adolescentes, con el fin de entender correctamente lo que estamos estudiando.
- 2.- Conocer los factores que determinan el trastorno mental grave.
- 3.- Comprender el proceso por el que un joven evoluciona, hasta ser diagnosticado de un trastorno mental grave.
- 4- Exculpar al adolescente de su patología y crear un mensaje de sensibilización.

Para ello, hemos seguido los siguientes pasos:

- 1.- Estudiar los trastornos graves de conducta desde un punto de vista teórico, especialmente lo relacionado con la agresividad.
- 2.- Recoger las características de los adolescentes hospitalizados en los dos últimos años en la Unidad de ingreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe de Valencia.
- 3.- Reflexionar sobre los resultados obtenidos, para poder aportar una tesis sobre las causas, el desarrollo, la prevención y el tratamiento de esta situación.

3.-TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

3.1.- Principales trastornos de conducta

Bajo la denominación de trastornos de conducta en la adolescencia, se engloban una serie amplia de problemas en la salud mental que incluyen alteraciones en el comportamiento por debajo de los 18 años (Sadock BD, 2015).

El diagnóstico de estos trastornos se basa en la apreciación del comportamiento. El origen es multifactorial, estando involucrados factores genéticos y ambientales, teniendo especial interés el entorno social y familiar (Marcelli D, 2005).

En las últimas décadas han aparecido diferentes clasificaciones de los trastornos de conducta, que han sufrido actualizaciones recientes. Sin entrar en ellas en profundidad, nos centraremos en los tres más relevantes (Sadock BD, 2015): el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), éste último clasificado como trastorno en el neurodesarrollo en los manuales actuales.

Conviene destacar que existen diferentes grados de gravedad de estos problemas, siendo en ocasiones leves alteraciones conductuales, pero en otras el preámbulo de una enfermedad psiquiátrica grave como los trastornos psicóticos.

El ***trastorno negativista desafiante*** se caracteriza por provocaciones, disputas, desafíos, enfados y arrebatos, rechazando la autoridad de los adultos. Muestran un deterioro académico y social. Puede haber consumo de drogas y alcohol concomitantes.

El ***trastorno disocial*** presenta un incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia. Destaca la violación de los derechos sociales, la agresión tanto a personas como animales y la destrucción de la propiedad. Al igual que el anterior, puede suponer una debilitación en la actividades sociales y académicas.

El ***trastorno por déficit de atención e hiperactividad***, conocido como TDAH, es el más prevalente de estos trastornos. Los síntomas característicos de esta enfermedad comienzan en la infancia y son la hiperactividad (exceso de movimiento en situaciones que resulta inadecuado), la inatención (incapacidad de atender durante un tiempo

determinado) y la impulsividad (actuar sin pensar ni evaluar las consecuencias). Estos trastornos precisan un soporte de apoyo clínico para los adolescentes (Mardomingo MJ, 2018).

Pero no son pocos los especialistas que hablan de un exceso en el diagnóstico de estos problemas, especialmente del TDAH (Rivas L, 2017). El dilema es doble: etiquetar a adolescentes con conductas que clínicamente no deberían ser consideradas patológicas desde el punto de vista médico (Martínez-Costa J, 2003), como lo contrario, diagnosticar como TDAH conductas agresivas que esconden un trastorno psiquiátrico que debería recibir un tratamiento especializado para su control (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

3.2.- Trastornos Mentales Graves (TMG) en la adolescencia

La adolescencia es una etapa en la que las personas afrontan nuevas situaciones, algunas de las cuales pueden ser complejas de manejar psicológicamente (Martínez-Costa J, 2003). El hecho de poder acceder a un apoyo familiar y social sólido en su entorno, va a ser determinante para el desarrollo de fortalezas que a largo plazo serán fundamentales para estructurar una personalidad (Alcamí M, 2012).

Los adolescentes objeto de este trabajo tienen una especial gravedad que merece nuestra atención. De manera genérica serían jóvenes que empiezan a tener problemas de adaptación en su entorno, con momentos de agresividad que provocan mayor aislamiento, incluso exclusión escolar. Muchos de ellos diagnosticados con los trastornos descritos anteriormente. Esta situación va empeorando con el tiempo y llegando fases de una alteración grave en su conducta, aumentando la agresividad hacia los demás o hacia ellos mismos al punto de requerir atención médica, en muchas ocasiones urgente, con ingreso hospitalario donde reciben un tratamiento muy especializado (Fox C, 2004).

Los TMG son una serie de patologías psiquiátricas que pueden aparecer en la infancia o adolescencia y que, por su gravedad y su tendencia a la cronicidad, comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de los niños o

adolescentes que lo padecen (Alcamí M, 2012). Ejemplos de ellas son el autismo, cuadros psicóticos, trastornos afectivos y patologías graves de la personalidad.

El debut de los TMG es mayormente inespecífico en el período juvenil, en ocasiones la frontera entre lo normal y patológico es borrosa y requiere de un estudio exhaustivo (Barberá M, 2017).

3.3.- Agresividad y violencia

Los trastornos de conducta que hemos señalado son los diagnósticos más frecuentes a nivel ambulatorio infanto-juvenil (Sadock BD, 2015). Sin embargo, cuando aparece la agresividad, es necesario realizar un estudio más profundo de la misma, pues supone un incremento de gravedad.

La **agresividad**, se define como una pulsión, una tendencia natural para defenderse de las amenazas que cada uno percibe y provoca que se actúe de manera hostil hacia los demás. Los efectos de la agresividad pueden llegar a regularse, pero si no se controla termina en una agresión.

La **agresión** es cualquier acto realizado con la intención de causar daño o destrucción. Es decir, mientras que la agresividad es un impulso interior, la agresión es la acción externa, consecuencia de la propia agresividad (Huertas D, 2003).

La agresión puede ser verbal o física, puede ir dirigida contra otras personas o contra uno mismo, contra objetos o animales. En función de cómo se actúe, podrá ser premeditada o impulsiva, esta segunda especialmente cuando es fruto de la ira, la frustración o el miedo

Eric Fromm diferenció la agresión benigna cuando su finalidad es defensiva o busca la supervivencia, mientras que la maligna resultaría sádica e incluso placentera.

También se diferencia la agresividad “instrumental” de la “no instrumental”. La primera tiene una finalidad concreta como puede ser obtener un bien material, un rol social, etc. mientras que la segunda no tiene finalidad ninguna, es una agresividad sin sentido y suele asociarse a trastornos psiquiátricos más graves.

La **violencia** da un paso más adelante, y sería la forma más perversa de la agresividad, donde se emplea voluntaria y conscientemente la fuerza para causar un daño. Es disfuncional e innecesaria en todos los casos (Huertas D, 2003).

Otra diferencia entre agresividad y la violencia, es que la primera se aborda en un ámbito médico y psicológico, mientras que la violencia remite a un ámbito sociológico y judicial. La OMS cuenta con un plan de análisis y prevención de la violencia juvenil, siendo este un tema de salud pública preocupante (Página web de la OMS).



Figura 1.- Evolución de la agresividad hasta la violencia. Modificado de Cornellá i Canal.

En definitiva, el desarrollo de la agresividad en adolescentes hace que su integración social sea compleja, por lo que se les etiqueta como adolescentes difíciles o conflictivos (Urre J, 2006). Otras veces, son la antesala de los TMG (Alcamí M, 2012).

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este trabajo hemos seguido tres fases, acorde a los objetivos propuestos.

En primer lugar, hemos profundizado sobre las alteraciones del comportamiento durante la adolescencia, principalmente con el fin de diferenciar entre trastorno de conducta y TMG, también para asegurar el correcto empleo de términos como agresividad y violencia.

Posteriormente hemos realizado el análisis de los 145 pacientes ingresados en los dos últimos años en la Unidad de ingreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe de Valencia, teniendo en cuenta los ítems que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Datos analizados de los pacientes ingresados

Datos del paciente • Edad • Sexo • Estructura y situación familiar • Datos clínicos de los adolescentes
Datos del ingreso • Tipo de ingreso por urgencia y voluntariedad • Síntoma de presentación • Objetivo de ingreso • Diagnóstico al alta

Por último, hemos debatido, en base a los resultados obtenidos, sobre las causas y el desarrollo de los trastornos graves de conducta y el papel de la sociedad en su identificación y manejo.

5.- RESULTADOS

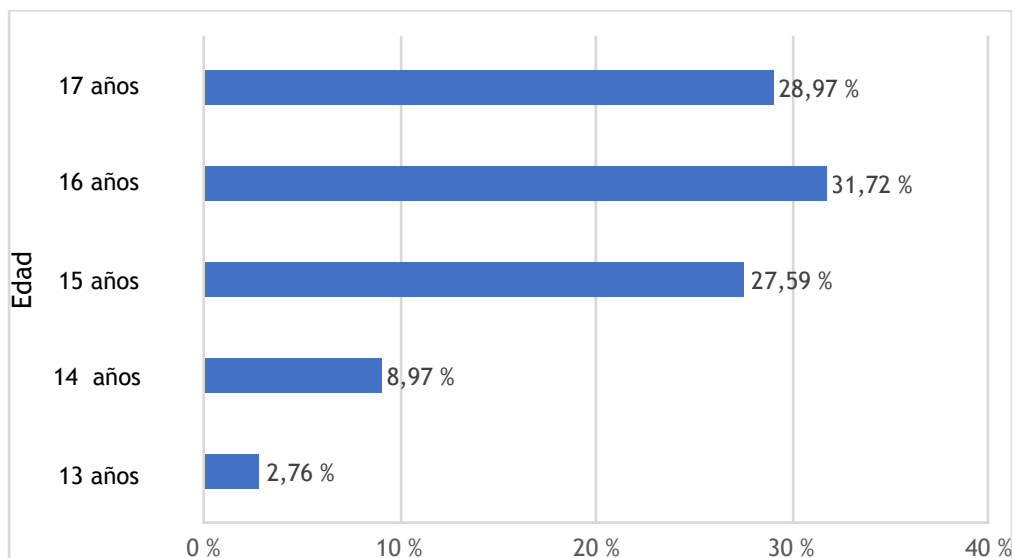
En la Comunidad Valenciana hay, según el INE, unos 242.000 adolescentes de los cuales 123.000 viven en la provincia de Valencia (Página web del INE).

Hemos estudiado los datos de los 145 adolescentes que han estado ingresados en la Unidad de ingreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe durante los años 2017 y 2018.

Esta Unidad es el único recurso sanitario de la provincia de Valencia que permite la hospitalización de pacientes con problemas graves de conducta o TMG. Consta de 5 camas que están cotidianamente ocupadas.

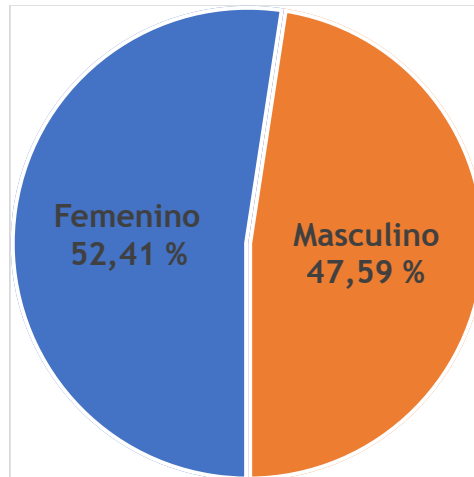
5.1.- Características demográficas de los pacientes

La Unidad está inicialmente planteada para ingreso de adolescentes entre 15 y 18 años. Es por ello que los casos de 13 y 14 son anecdóticos (un 2,76% a los 13 años y un 8,97% a los 14), justificados por necesidades clínicas específicas. Las diferencias entre los ingresos de 15, 16 y 17 años no resultan significativas, rondan alrededor del 30 %.



Gráfica 1.- Distribución de los ingresos por edades.

En la distribución de los pacientes en función de sexo, 76 (52,41%) eran mujeres y 69 (47,59%) hombres

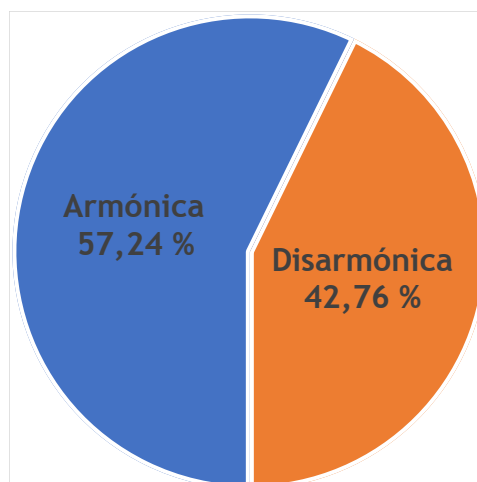


Gráfica 2.- Muestra el porcentaje de pacientes en función del sexo

5.2.- Situación familiar

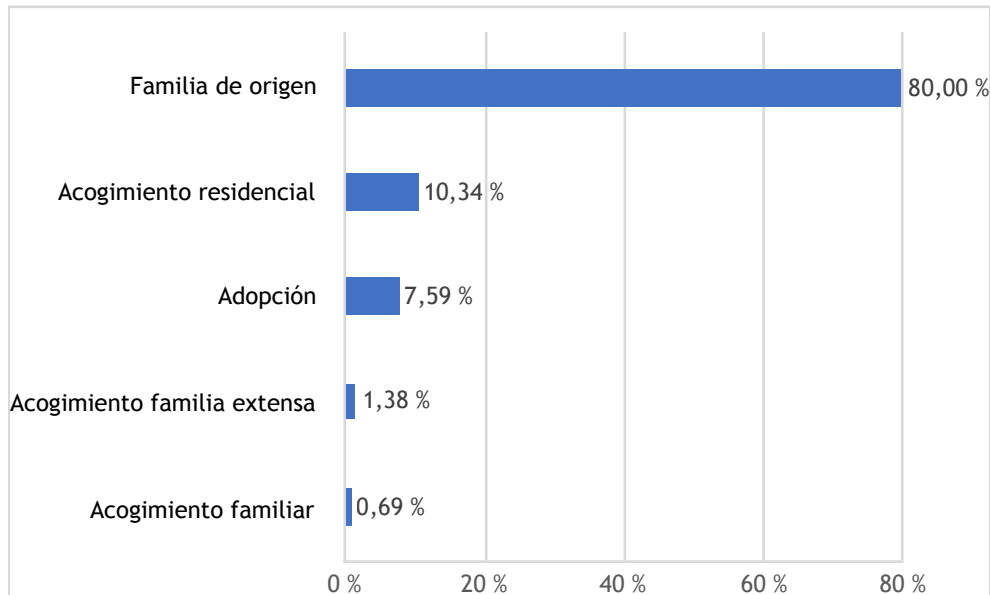
Se diferencia entre familia armónica y disarmónica. Esta división hace referencia a la capacidad de comunicarse entre los propios padres y entre padres e hijos, con independencia de la estructura familiar, que puede ser muy diversa.

El 43% de los adolescentes pertenece a una familia disarmónica, mientras que el 57% pertenece a una familia armónica.



Gráfica 3.- Muestra la distribución según la comunicación familiar

La mayoría de los jóvenes ingresados viven con la familia de origen (80%), un 7,59% son adolescentes en adopción y el resto están en régimen de acogida bien en residencias (10,34 %) o en familia.

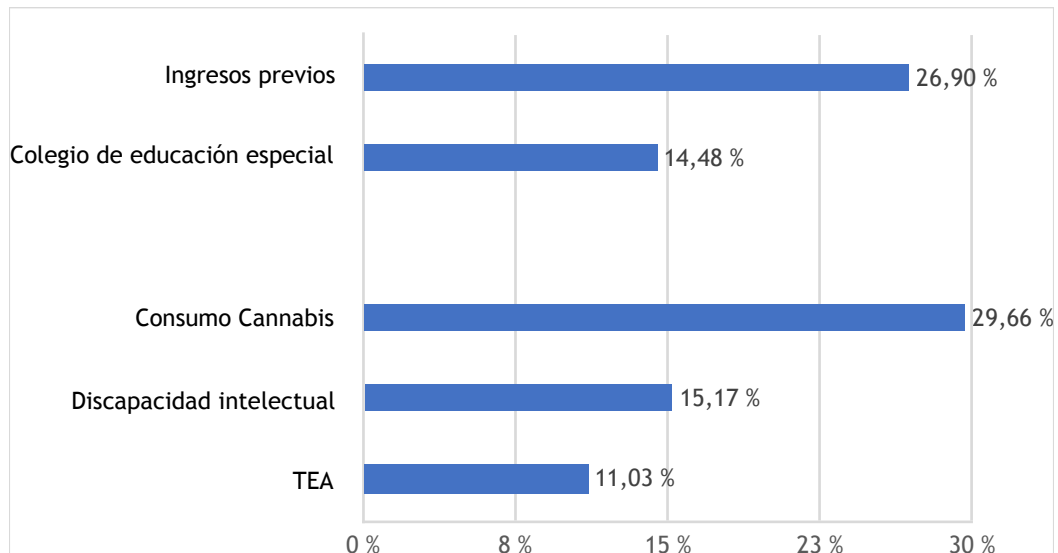


Gráfica 4.- Distribución de los adolescentes en función de tipo de familia

5.3.- Datos clínicos de los adolescentes

Destacamos los datos clínicos más relevantes en la historia del paciente. Los primeros se refieren a los ingresos previos (26,9%) y a la asistencia a un colegio de educación especial (14,48%).

La presencia de situaciones psicológicas y físicas también quedan recogidas en la siguiente gráfica. Destaca el consumo de cannabis en casi el 30% de los pacientes, la presencia de un Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el 11% y algún grado de discapacidad intelectual en el 15,17%.



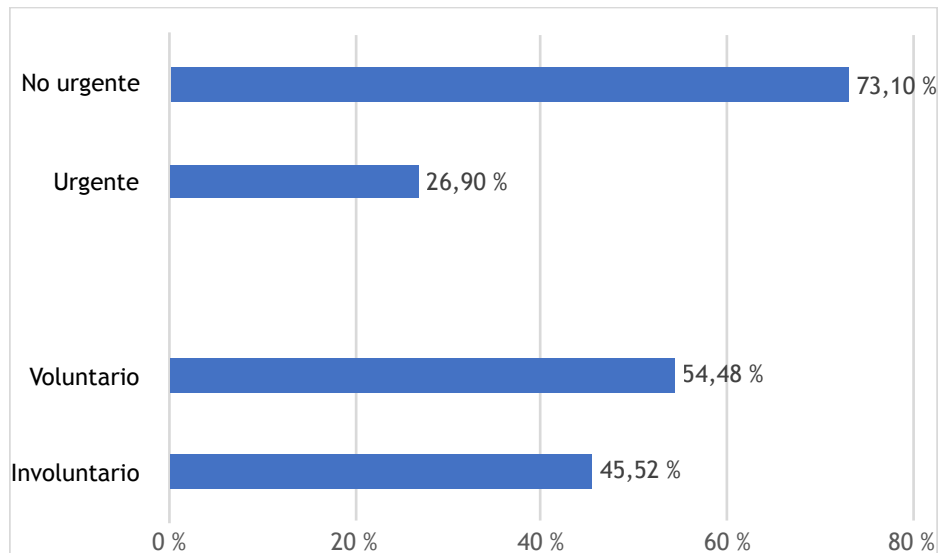
Gráfica 5.- Datos clínicos de interés, relacionados con la situación psíquica y física de los pacientes

5.4.- Tipo de ingreso

Hemos establecido dos tipos de situaciones en cuanto al tipo de ingreso: urgente o programado y voluntario o involuntario.

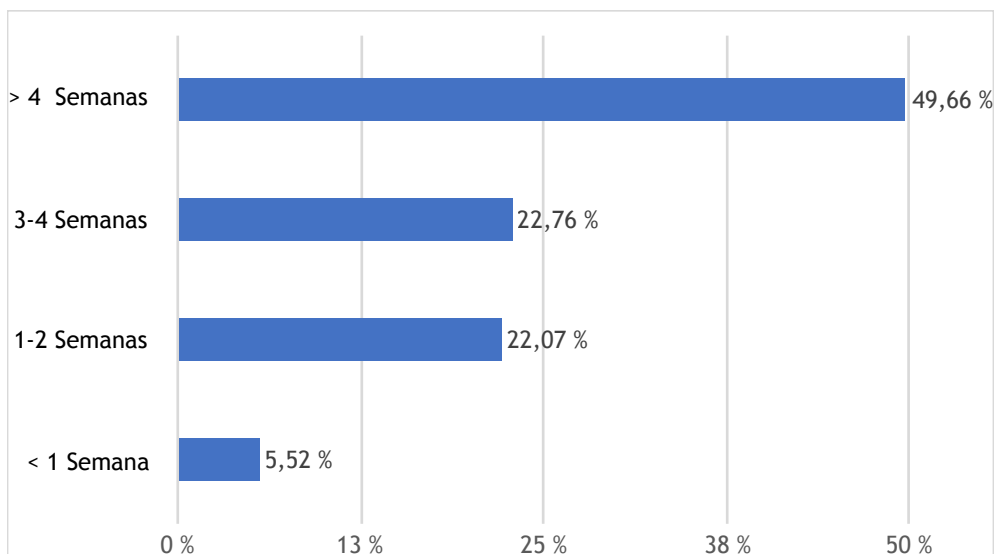
Se realiza de forma urgente por una alteración de la conducta aguda que requiere un traslado a urgencias. El ingreso programado se realiza desde su casa o remitido desde una sala de psiquiatría de adultos de otro hospital, en la que esperan hasta disponer de cama libre en la unidad estudiada. El 26,9% de los ingresos son de forma urgente y la mayoría, el 73,1%, de forma programada.

El ingreso involuntario es necesario cuando el adolescente no tiene conciencia del problema o no lo puede entender. Esto ocurre en el 45,5% de los casos.



Gráfica 6.- Características del ingreso en cuanto urgencia y voluntariedad

La duración del ingreso es inferior a la semana en tan sólo el 5,52%, entre una semana y un mes en el 44,83% y superior a las 4 semanas en casi el 50% de los pacientes.



Gráfica 7. Distribución en función de la duración del ingreso

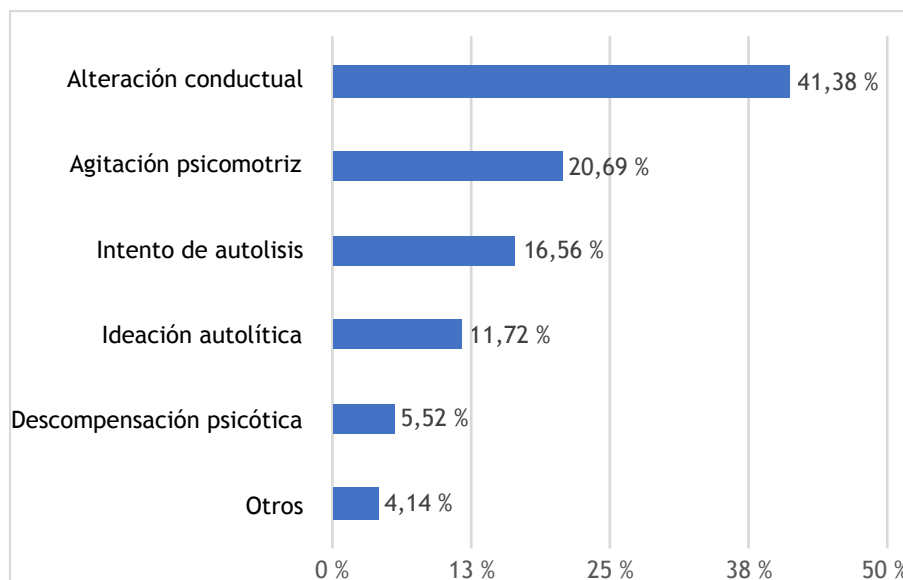
5.5.- Síntoma por el que ingresa, objetivo de la hospitalización y diagnóstico al alta

Cuando se decide el ingreso de un paciente, se basa en un *síntoma de presentación* que lo justifica. En función del mismo y de las características del paciente, la hospitalización puede tener tres finalidades, englobadas bajo el epígrafe *objetivo del ingreso*: el

tratamiento de la patología ya filiada, el estudio diagnóstico o realizar una separación temporal de la familia, con el fin de esclarecer las características fuera de su entorno habitual.

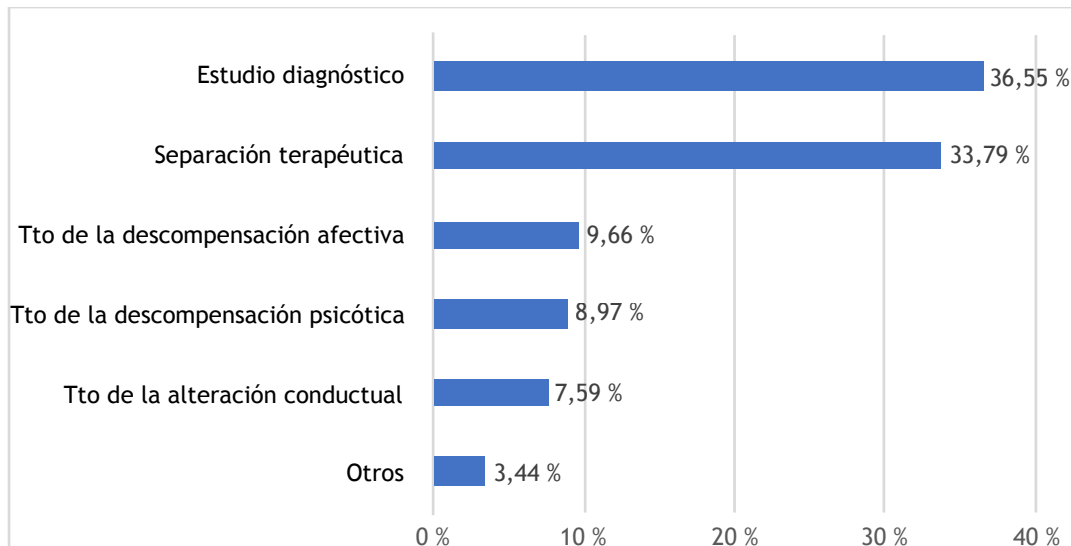
Por último, tras finalizar el ingreso se realiza uno o varios *diagnósticos al alta*, que van a determinar el tipo de tratamiento posterior.

El *síntoma de presentación* más frecuente, es la alteración conductual (41,38%) y la agitación psicomotriz (20,69%). La ideación y los intentos de autolisis ocurren en 11,72% y en el 16,56%.



Gráfica 8.- Síntoma de presentación de los pacientes al ingresar en la unidad

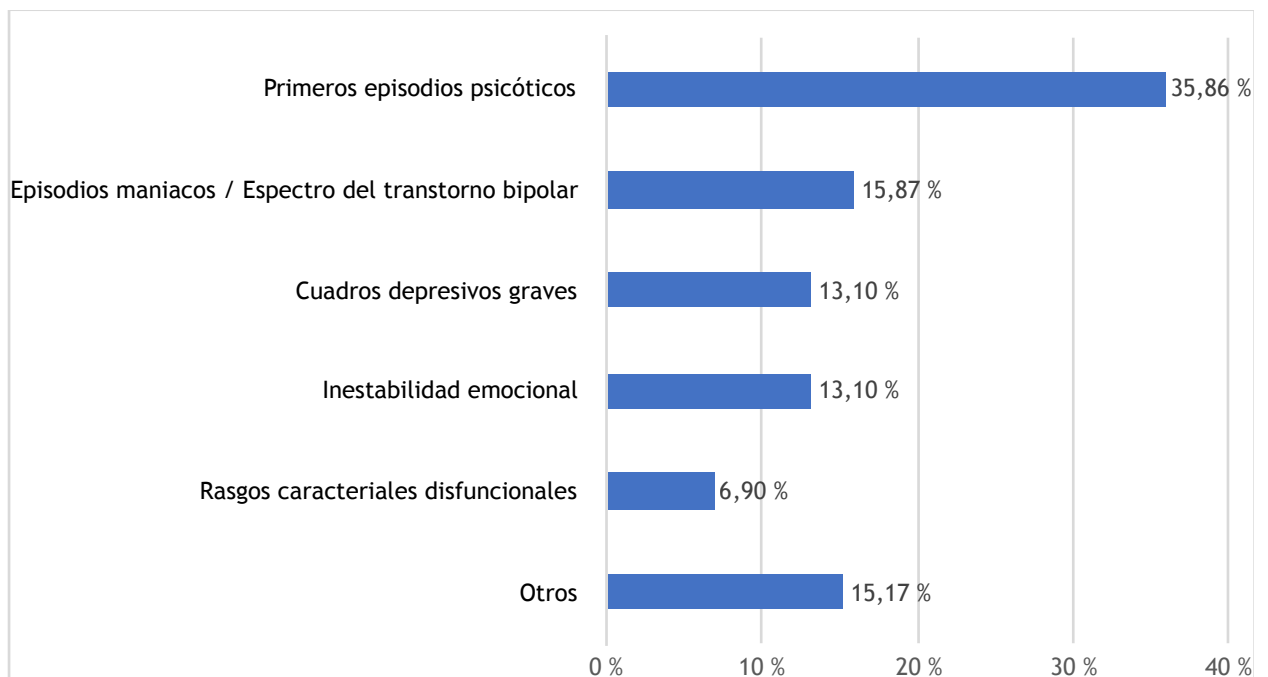
El *motivo de ingreso* principal es realizar un estudio diagnóstico del cuadro inicial (36,55%), seguido de la separación terapéutica (33,79%). El tratamiento del cuadro clínico original ocurre en el 26,21%.



Gráfica 9.- Motivo del ingreso en la unidad

El *diagnóstico al alta* más frecuente es un primer episodio psicótico (35,86 %) seguido por otras patologías como episodios maníacos / espectro del trastorno bipolar (15,87%), inestabilidad emocional (13,10%), cuadros depresivos graves (13,10%) o rasgos caracteriales disfuncionales (6,90).

Tras recibir el alta, la mayoría de los pacientes deben recibir tratamiento psicológico y farmacológico oral (el 29,66% también inyectable mensual).



Gráfica 10.- Diagnóstico al alta

6.- DISCUSIÓN

6.1.- Adolescencia, agresividad, trastorno de conducta y TMG

La adolescencia es una etapa en la se producen una serie de cambios físicos y psicológicos que van a ser determinantes para el resto de la vida. Se van a afianzar rasgos de la personalidad que se mantendrán en el tiempo (Monón S, 2019).

Estos cambios pueden resultar en algunos momentos conflictivos para el adolescente y la respuesta a este conflicto va, al mismo tiempo, a determinar futuras reacciones. Son muchos los factores que influyen en la manera de asumir los nuevos retos: el carácter desarrollado durante la infancia y adolescencia, la estabilidad familiar y social, el entorno escolar, factores genéticos que pueden predisponer a determinadas enfermedades, presencia de trastornos físicos o psicológicos, la rápida evolución de cambios sociales etc. (Dualde F, 2018).

Es conocido que algunos adolescentes pueden adoptar conductas que se salen fuera de los estándares que admite la sociedad, especialmente en lo relacionado con la agresividad y la violencia. Esta situación puede convertirse en un problema crónico que le aparta y aísla de su entorno escolar, familiar y de amistades (Marcelli D, 2005)

Cuando confluyen factores desfavorables como el consumo de sustancias, la ausencia una familia armónica o enfermedades físicas o psicológicas, se facilita el desarrollo de trastornos graves de conducta (Caro-Cañizares I, 2019).

Debería plantearse si estas situaciones esconden enfermedades psiquiátricas graves como los trastornos de psicóticos o afectivos que requieren un tratamiento especializado más allá de un apoyo social (Alcamí M, 2012)).

Todo esto nos lo planteamos al conocer que en dos años 145 adolescentes han estado ingresados por alteraciones graves de conducta en la Unidad de ingreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital La Fe de Valencia, hospitalizaciones que, en muchos casos, tienen más de un mes de duración. Estos ingresos podrían ser más si no fuera por la limitación de camas: 5 para toda la provincia.

Los adolescentes ingresados en esta Unidad no lo son por problemas leves o pasajeros, ni por ser “niños malos” o “conflictivos”, son –como hemos dicho- jóvenes que presentan, de manera brusca o mantenida en el tiempo, actitudes en muchos casos agresivas que provocan sufrimiento en su entorno, pero principalmente en ellos mismos. La extrema repercusión vital y el sufrimiento que pueden llegar a desarrollar estos adolescentes, obliga a plantearnos cuestiones sobre el origen y la causa de estas actitudes, también si se corresponden con un diagnóstico psiquiátrico en el que la conducta sea una parte del problema y no el todo.

Para poder profundizar en estos temas, creemos fundamental conocer la realidad de esta Unidad, estudiando a los pacientes que han estado ingresados en la misma. Estos datos pueden romper o reforzar algunos mitos sobre estos adolescentes.

6.2.- Análisis de los datos obtenidos

Por **edad**, predominan los ingresos en adolescentes de entre 15 y 17 años sobre los menores de 14 años. De hecho, se puede observar que más de un 30% de los ingresos provienen de adolescentes de 16 años y que aquellos entre 13 y 14 años no sobrepasan el 20%. Ello es explicable por los criterios etarios de admisión (gráfica 1).

En cuanto al **género** (gráfica 2), no se presenta ninguna variación notable entre la diferencia de los pacientes (48%) y las pacientes (52%), por ello se deduce que no hay ningún factor que impulse el desarrollo de estos trastornos en algún género concreto. Podría pensarse que los varones son más propicios a estos episodios (Peterson JB, 2018), pero en nuestra muestra existe una igualdad técnica entre los dos géneros.

Respecto a las **características familiares**, más de la mitad de los pacientes proceden de familias armónicas, mientras que el resto pertenecen a una familia disarmónica, es decir, con dificultades en la comunicación (gráfica 3). Es razonable pensar que estos trastornos se originan debido al comportamiento observado en el campo familiar, pero vemos que casi en la mitad de los casos estos trastornos ocurren en familias donde existe una intención activa de comunicación entre los miembros, con independencia de que vivan o no en el mismo hogar.

También destaca que la mayoría de los ingresados provienen de su familia de origen, mientras que en menor medida eran adoptados o proceden de distintos tipos de hogares de acogida (gráfica 4).

En el estudio de los **datos clínicos** (gráfica 5), vemos que el 27% de los adolescentes ya han tenido ingresos previos. Llama la atención que más de un cuarto de los pacientes requieran un nuevo ingreso por un problema similar. Esto nos ilustra sobre una falta de control tras el alta hospitalaria.

El consumo de cannabis en este tipo de adolescentes se eleva a casi el 30%. En muchos casos es la única vía que encuentran para, erróneamente, autotratarse por su estado de agresividad y sufrimiento.

Es frecuente la presencia de trastornos asociados como el TEA, enfermedades físicas así como la asistencia a centros de educación especial. Los jóvenes con estas características pueden ser más sensibles a no controlar sus conflictos internos.

En cuanto al **tipo de ingreso** (gráfica 6) tan sólo el 26% son de carácter urgente, es decir, presentaciones agudas por las que la familia o el entorno del adolescente lo llevan al Servicio de Urgencias y allí se determina su ingreso inmediato. El resto son programados, en parte debido a la ausencia de camas disponibles en el momento de la urgencia.

En casi el 55% de los casos el ingreso es voluntario, es decir, el paciente entiende la necesidad de permanecer ingresado en el centro hospitalario para mejorar su situación, esto implica la voluntad de cambio.

Una vez ingresados, su estancia suele prolongarse más de un mes en la mitad de los casos (gráfica 7). Tan solo un 5% permanece menos de una semana.

Los datos estudiados hasta aquí hablan de la complejidad del problema, y es ahora cuando se inicia el tratamiento y la solución: tomando como punto de partida el síntoma de presentación, se precisa entender lo que ocurre y, para esto, es necesaria la creación de un vínculo médico / equipo sanitario – paciente / familia, teniendo en cuenta las dificultades propias del trastorno de la conducta. Una vez establecida la confianza, se puede ir avanzando en el correcto diagnóstico y adoptar las medidas terapéuticas más indicadas.

Consideramos, por esto, de gran interés el último apartado sobre el síntoma por el que se ingresa, el objetivo de la hospitalización y el diagnóstico al alta.

El **síntoma de presentación** que con más frecuencia origina el ingreso es la alteración conductual (41,38%) seguido por la agitación psicomotriz (20,69%), que supone un cuadro más grave que el anterior. La ideación autolítica y el intento de autolisis es el claro ejemplo de la agresividad ejercida contra sí mismo y es diagnóstico inicial en el 11,72% y en el 16,56% respectivamente (gráfica 8).

Una vez ingresa el paciente, el **objetivo** es conocer en profundidad las causas que han llevado al adolescente a la situación actual, esto supone entrar en su esfera más íntima para conocer hasta donde llega la enfermedad mental, en el caso de existir (gráfica 9). El “estudio diagnóstico” es el objetivo en el 36,55% de los casos, pues en ellos no se había logrado previamente. Se habla de “separación terapéutica”, cuando el objetivo es distanciar al joven de forma controlada y constructiva de su entorno familiar, para analizar factores individuales y relacionales que influyen la conducta. Esto ocurre en el 33,79% de los casos.

Uno de las mejores aportaciones de este trabajo, viene reflejada en el **diagnóstico al alta**: la mayoría de los pacientes presentan enfermedades psiquiátricas identificadas (gráfica 10). Un 35,86% han aquejado su primer episodio psicótico, los cuadros depresivos graves están presentes en el 13,10%, los episodios maníacos en el 15,87%, ... Esto quiere decir que muchos de los adolescentes ingresados por estos trastornos cuya manifestación principal era la agresividad, que no la violencia, tenían en su origen un TMG que no ha sido ni diagnosticado ni a veces tratado hasta llegar a un punto de gravedad que ha requerido un ingreso.

6.3.- Reflexión

Tras el análisis de estos datos nos planteamos varias cuestiones como ¿qué ha ocurrido en estos jóvenes en los últimos dos o tres años para llegar a esto? ¿es capaz la sociedad actual de diferenciar las conductas agresivas de las enfermedades psiquiátricas? ¿es el adolescente responsable de esta situación?

Podemos establecer, de manera general, una secuencia cronológica que recorren los jóvenes con trastornos graves de conducta.

Como se ha comentado previamente, en la adolescencia, debido a diversos factores individuales y del entorno, aparecen conflictos psicológicos no resueltos influenciados por falta de un apoyo social que, o bien no se encuentra, o no se busca (Barberá M, 2017).

El desarrollo de una agresividad no controlada favorece un mayor aislamiento familiar, escolar y social que retroalimenta la crisis personal y que puede llevar a buscar el alivio en el consumo de drogas o en el refugio tecnológico (Peinado E, 2018). Pasan a ser “gamberros” y “chicos malos” a los que se aísla y aparta de la sociedad, a pesar de que su agresividad no es violencia. El que más sufre es el propio adolescente (Caro-Cañizares I, 2019). Este proceso puede ser la antesala de un ingreso hospitalario. Durante el mismo, que puede durar semanas, la mayoría de ellos son diagnosticados de un TMG como episodios psicóticos, depresión grave o trastorno maniaco no detectado anteriormente (Alcamí M, 2012).

Algunos, por desgracia, comenten actos violentos o su agresividad es confundida con violencia, acabando en la vía judicial sin ayuda médica y por lo tanto con menores posibilidades de recuperación.

Es evidente que el diagnóstico debería haber llegado antes. Un diagnóstico precoz de las enfermedades psiquiátricas conlleva un mejor pronóstico y una mejor adaptación social (Barberá M, 2017).

El tratamiento y la ayuda ofrecida en las unidades de psiquiatría permiten a los adolescentes mejorar y estabilizarse, momento en el que procede al alta (Rodríguez MJ, 2020). Una vez en sus domicilios los adolescentes han de seguir un tratamiento y un seguimiento, a la vez que intentar modificar algunas de las situaciones de su entorno. La ayuda y el apoyo social es fundamental para evitar recaídas, que como vemos en nuestro estudio llega al 26,90% de los ingresos, una cifra excesivamente alta.

Podría ser conveniente analizar, con ayuda de especialistas y en el ámbito político, si la red de atención médica y psicológica a la adolescencia es mejorable. La prevención y el posterior seguimiento en recursos intermedios evitaría la magnitud del alcance de los

problemas descritos. Así mismo, la mayor dotación de camas y personal para tratar las fases agudas ayudará a la mejora asistencial de los adolescentes en crisis.

Nuestra pregunta “**¿quién no es el responsable?**” pretende exculpar al adolescente, que se ve superado, especialmente en las primeras fases. Los cambios internos y externos no le permiten encauzar su agresividad y en muchas ocasiones no tiene el apoyo social y familiar que necesita.

6.4.- Futuras líneas de trabajo y cuestiones pendientes

Al profundizar en los TMG de los adolescentes analizados, hemos descubierto un mundo que pasa desapercibido para la mayoría de la sociedad y que afecta a uno de los aspectos más importantes de la persona, que es el sufrimiento interno. Creemos necesario seguir nuestra línea de trabajo, con el fin de:

- Dar voz a estos jóvenes, que no han sido capaces de expresar su sufrimiento de otra forma.
- Sensibilizar contra el estigma que concede la agresividad, pues no toda es igual ni significa lo mismo.
- Dignificar a estas familias, que se ven sumidas en problemas sumamente difíciles de compartir.
- Ofrecer información, educación y sensibilización sobre problemas que no ocurren necesariamente en familias desestructuradas, sino que pueden pasarle a cualquier persona.
- Poner en valor el trabajo de los equipos humanos que trabajan en las Unidades de Psiquiatría que tratan a los adolescentes.

7.- CONCLUSIONES

- 1.- Es necesario diferenciar trastornos de conducta del trastorno mental grave, y la agresividad de la violencia.
- 2.- Hay una serie de factores de riesgo ajenos a la voluntad del adolescente, que facilitan la posibilidad de enfermar.
- 3.- Los jóvenes que desarrollan un trastorno de conducta con agresividad, pueden padecer realmente un trastorno mental grave no diagnosticado
- 4.- No debemos estigmatizar a estos adolescentes. Todo lo contrario: hay que ayudarles y proporcionarles los medios para un correcto diagnóstico y un tratamiento posible.

8.- AGRADECIMIENTOS

La gravedad y complejidad de los trastornos mentales graves en la adolescencia, exige un esfuerzo constante de muchas personas, que velan para devolver y mantener la paz a las mentes de estos jóvenes.

Siempre estaremos agradecidas por este esfuerzo

También queremos mostrar nuestro agradecimiento a las personas que nos han animado y ayudado a realizar este trabajo: a la Dra. María Barberá y al Dr. Jorge Vila, directores de nuestro equipo, y a Rocio Olivares, directora del programa Excellence en nuestro colegio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcamí Pertejo M, Ortiz Soto P. En: Encarnación Mollejo Aparicio. Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2012. Introducción:13-17. IBSN: 978-84-95287-60-1.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. 5º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. ISBN: 978-84-9835-810-0.
- Barberá M, Ibáñez E, Tobella H. Severe Mood Dysregulation in Adolescence. En: Ana García-Blanco Editor .The Role of Emotions in Mental Illness. New York: Nova Science Publishers; 2017.79-93. IBSN: 978-1-53612-635-8 (eBook).
- Caro-Cañizares I, García-Nieto R, Díaz de Neira-Hernando M et al. El perfil de disregulación del SDQ y su relación con conductas y pensamientos de suicidio en adolescentes evaluados en contexto clínico. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2019; 12 (4): 242-250. ISSN: 1888-9891.
- Cornellà i Canals J. Agresividad y violencia en el niño y en el adolescente. Programa “Salud i Escola”. 2019. Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya. Girona.
- Dualde Beltrán F. El niño que sufre emocionalmente. El aumento de psicopatología en la infancia del siglo XXI. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente 2018; 32: 43-.55. ISSN: 1965-8691
- Fox Claudine, Hawton K. En: Deliberate Self-Harm in Adolescence. London: Royal College of Psychiatrists’ Research Unit; 2004. ISBN-13: 978- 1- 84310- 237- 3.
- Huertas D. En: Violencia, la gran amenaza. Madrid: Alianza Editorial; 2007; 3: 45-50. Depósito Legal: M. 19.893-2007.
- Marcelli D, Braconnier A. Psicopatología del Adolescente. 2º Ed. Barcelona: Ed Masson; 2005. IBSN: 84-458-1480-X.
- Mardomingo MJ. En: Abordar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Práctica Clínica. Volumen I, Trastornos del Neurodesarrollo. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. IBSN:978-84-9110-306-6.

- Martínez-Costa J, Comín J. En: Los Adolescentes Sanos. Retos Actuales. Valencia: Obras Sociales CAM; 2003. Depósito Legal: V-1515-2003.
- Monón Reviejo S, Fernández Guerrero MJ. Guía para diferenciar la adolescencia normal de los adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente 2019; 34: 47-58. ISSN: 1965-8691
- Peinado Muñoz, E. Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2018; 65: 47-57. ISSN: 1575-5967.
- Peterson JB. 12 reglas para vivir. Un antídoto al caos. Barcelona: Editorial Planeta; 2018. ISBN: 978-84-08-19330-2.
- Rivas Arribas L, García Cortázar P, Grandio Sanjunán B et al. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?. Revista de Psiquiatría infanto-juvenil 2017; 34: 21-28. ISSN: 1130-9512.
- Rodríguez Montes MJ, Del Cacho Ortega N, Jalvo Rogel J, Iglesias González M. En: Cuevas J, Serrano A, Rodríguez MJ, Baladón L. Hospitalización Psiquiátrica Breve manual clínico. Cap 6: 104-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020. IBSN: 978-84-9110-246-5.
- Sadock BD, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 11º Ed. Philadelphia: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry ; 2015. ISBN 978-1-60913-971-1.
- Urra J. En: El pequeño dictador. Madrid: La esfera de los libros; 2006; 2: 27-53. ISBN:84-9734-444-8.

Otro tipo de fuentes:

- a.- Página web de la OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- b.- Página web del INE. Población por grupo de edad, sexo y comunidad autónoma. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4925&L=0>

- c.- <https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/>
- d.- Página web de AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente). <https://aepnya.es/>
- e.- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley orgánica reguladora de la responsabilidad penal de los menores. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641>