



Viernes 7 de febrero de 2014

Escuela monográfica:

El adolescente

Moderadores:

- **Esther Serrano Poveda**
*Pediatra. CS Benicalap-Azucena. Valencia.
Coordinadora Grupo Educación para la Salud
AEPap.*
- **Juan José Morell Bernabé**
*Pediatra. CS Zona Centro. Badajoz.
Coordinador de la página web Familia y Salud.*
- **Entrevista con adolescentes.
Role playing**
José Casas Rivero
*Unidad de Adolescencia. Hospital La Paz.
Madrid.*
José Luis Iglesias Diz
*Pediatra Acreditado en Medicina de la
Adolescencia. Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago. Santiago de
Compostela.*
- **La sexualidad en adolescentes
y jóvenes**
Carlos de la Cruz Martín-Romo
*Doctor en Psicología. Promoción de la Salud.
Ayuntamiento de Leganés, Madrid. Director
Máster Oficial en Sexología. Universidad Camilo
José Cela (UCJC).*
- **Tóxicos y alcohol en la adolescencia**
Marta Esther Vázquez Fernández
Pediatra. CS Arturo Eynies. Valladolid.
- **Patología psiquiátrica prevalente
en la adolescencia**
Patricio José Ruiz Lázaro
*Pediatra. Consulta Joven "Espacio 12-20".
CS Manuel Merino. Alcalá de Henares, Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Ruiz Lázaro PJ. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 283-97.



Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

Patricio José Ruiz Lázaro

*Pediatra. Consulta Joven "Espacio 12-20". Proyecto de participación comunitaria de adolescentes (<http://adolescentes.blogia.com>). CS Manuel Merino. Alcalá de Henares, Madrid.
patricioj040965@gmail.com*

RESUMEN

Ante la presencia en un adolescente de problemas sugerentes de patología psiquiátrica, se hace necesario conocer los factores de riesgo psicopatológico, los signos de riesgo que predicen una posible evolución posterior a patología y los signos de alarma indicadores de probable presencia de psicopatología, y preguntarse cuál es la gravedad del problema, cuánto dura, cómo ha sido hasta ahora el desarrollo del adolescente y cuál es el funcionamiento del individuo en el día a día.

La valoración psicodiagnóstica se basará en: 1) obtener la historia del adolescente, los padres y otras personas informantes, 2) la entrevista al adolescente, 3) valoración de la conducta familiar (interacciones y dinámica familiar; relaciones padres-hijos), 4) pasar entrevistas estructuradas y semiestructuradas, 5) administrar instrumentos o cuestionarios a adolescente, padres y profesores para obtener más información y evaluar la severidad de los síntomas en los distintos ámbitos (familia, colegio...), 6) exploración física, 7) pruebas complementarias y/o evaluación psicopedagógica (si procede).

El pediatra debe conocer las características principales de los trastornos psiquiátricos prevalentes en la adolescencia y saber identificar a aquellos jóvenes que tienen más riesgo potencial de suicidio.

En programas de empoderamiento del adolescente con patología psiquiátrica se entrena a los adolescentes, tanto individual como grupalmente, en habilidades de regulación emocional, en habilidades de eficacia interpersonal, en habilidades de tolerancia del malestar y en habilidades de atención y conciencia plena o *mindfulness*.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de crisis personal (en la que el individuo debe asumir la pérdida del pasado infantil y adquirir la nueva identidad adulta, lo que le lleva a confrontarse con sus dudas respecto al propio cuerpo y con sus carencias, limitaciones y miedos ante lo que desea conseguir) y relacional (oscilando entre la dependencia de los adultos y el deseo de independencia, que propicia una rebelión contra las normas y la autoridad), que puede conllevar problemas sugerentes de patología mental. Ante la presencia de estos, es importante hacer una valoración del adolescente en el contexto de su historia vital, puesto que ciertos pensamientos, impulsos, conductas o niveles de actividad de carácter aislado no tienen por qué significar de forma obvia expresiones de patología psiquiátrica. Se hace necesario conocer los factores de riesgo psicopatológico (Tabla 1), los signos de riesgo que predicen una posible evolución posterior a patología y los signos de alarma indicadores de probable presencia de psicopatología (Tabla 2), y preguntarse cuál es la gravedad del problema, cuánto dura, cómo ha sido hasta ahora el desarrollo del adolescente y cuál es el funcionamiento del individuo en el día a día.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA VALORACIÓN PSICODIAGNÓSTICA

La valoración psicodiagnóstica se basará en:

1. Obtener la historia del adolescente, los padres y otras personas informantes. Se explorará:
 - Comienzo y desarrollo de los síntomas, con atención especial a estresores biopsicosociales, comorbilidad con síntomas psicopatológicos,

conflictos internos y personalidades con dificultades de adaptación, impacto de los síntomas en la vida diaria del paciente y su familia.

- Desarrollo personal, teniendo en cuenta temperamento, habilidades, cualidad del vínculo, adaptabilidad, respuestas ante extraños y separaciones, miedos.
 - Afecciones médicas y medicación administrada al paciente que pudiera producir síntomas psicopatológicos.
 - Funcionamiento académico, deportivo, y social.
 - Biografía social, buscando estresores como hogares disfuncionales, presencia de abusos infantiles (maltrato físico, psíquico), negligencias, violencia, enfermedades mentales en la familia o muerte de algún miembro, separaciones y pérdidas, interrelaciones con sus pares.
 - Biografía familiar; fijándose en los roles pasados y presentes del adolescente en el sistema familiar; estresores familiares, antecedentes psiquiátricos familiares.
2. Entrevista al adolescente, valorando síntomas referidos por el paciente y signos objetivos observados durante la entrevista, Entrevistar a un adolescente no siempre es fácil (muchas veces llegan a la consulta forzados por sus padres). Si la puerta del diálogo está cerrada, la mejor manera de abrirla es que el adolescente nos perciba como un socio, para que se sienta seguro y confíe en nosotros, utilizando modelos de entrevista motivacional como el método LEAP de Xavier Amador (Tabla 3). Según este autor: "Ordinariamente, uno se convence mejor por las razones que encuentra por sí mismo que por aquellas que proceden del espíritu de los demás". Los 4 pilares del método LEAP son:
 - L-ISTEN (E-SCUCHAR): Prestar atención a lo que se oye.

Tabla 1. Factores de riesgo psicopatológico infantojuvenil

Circunstancias de la concepción y el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo en la adolescencia • Hijos no deseados al final del embarazo • Hijos concebidos en violaciones • Muerte de hermanos o familiares directos durante el embarazo • Embarazo de riesgo clínico • Enfermedades graves de la madre o el feto • Conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales • Consecuencias de medidas diagnósticas y terapéuticas
Circunstancias perinatales adversas	<ul style="list-style-type: none"> • Partos gravemente distócicos • Prematuridad • Apgar bajo, sufrimiento fetal o perinatal • Recién nacido con enfermedad congénita o malformaciones • Separación prolongada madre-lactante • Hospitalización prolongada de la madre o del bebé
Características temperamentales difíciles	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento difícil • Irritabilidad o tristeza importantes • Irregularidades en los hábitos básicos de comer, dormir y evacuar • Reacciones excesivas a los estímulos, desmesuradas • Dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio: personas, objetos, alimentos... • Inhibición conductual (predictor de trastorno de ansiedad) • Apatía, lentitud o dificultad de responder • Retraimiento social • Rechazo de lo desconocido • Vinculación ansiosa a la madre o figura sustitutiva • Activación vegetativa intensa en esas u otras circunstancias
Enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, neoplasias, sida • Déficits sensoriales y secuelas de enfermedades del SNC • Enfermedades metabólicas que originan déficits o importante ansiedad en los padres
Situaciones traumáticas puntuales	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de uno de los padres o de un hermano • Separación de los padres • Nacimiento de hermanos (en familias vulnerables) • Hospitalización prolongada (del niño o de familiares o allegados próximos) • Cambios escolares importantes • Ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores • Demerme socioeconómico familiar
Características familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Familias extremadamente rígidas con límites impermeables • Padres muy jóvenes o muy mayores • Conflictos graves y crónicos de pareja • Familias monoparentales • Enfermedades crónicas, invalidantes o graves • Padres con déficits sensoriales • Apego ansioso, rechazo primario o secundario • Trastornos psiquiátricos severos de los padres • Trastornos delirantes, esquizofrenia • Trastornos depresivos mayores, episodio de manía • Intentos de suicidio • Trastornos graves de la personalidad • Alcoholismo o abuso de (otras) drogas • Padres con institucionalización prolongada en la infancia • Abandono, negligencia, malos tratos físicos o psíquicos • Falta de contacto afectivo y lúdico entre el (los) progenitores y el hijo • Madre sin apoyo socioeconómico • Promociones o cambios profesionales que impliquen cambios internos o externos radicales en los comportamientos de uno o de los dos progenitores • Vinculación ansiosa o rechazo primario o secundario por parte de la madre • Somatizaciones reiteradas • Consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas • Consulta en múltiples instituciones • Institucionalización prolongada • Hermanos con actividades antisociales

Tabla 2. Signos de riesgo (para control evolutivo) y signos de alarma (indicadores de patología psiquiátrica) según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Área	Signos de riesgo	Signos de alarma
Sueño	Insomnio de corta duración (menos de tres semanas) no asociado a sintomatología psiquiátrica grave Sonambulismo Terrores nocturnos	Insomnio de larga duración (más de tres semanas) Insomnio asociado a sintomatología psiquiátrica grave Narcolepsia. Apnea del sueño
Alimentación	Dieta restrictiva acompañada de cierto trastorno del esquema corporal o de miedo moderado a engordar, sin una pérdida significativa de peso (índice de masa corporal >17,5) Atracones esporádicos en ausencia de conductas compensatorias (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos...) Hiperfagia o disminución de apetito importantes como una reacción a acontecimientos estresantes, sin otros síntomas psiquiátricos	Dieta restrictiva acompañada de un importante trastorno del esquema corporal o de un miedo intenso a engordar; o bien, cuando estas alteraciones son menos evidentes, de una pérdida significativa de peso (índice de masa corporal <17,5). Atracones recurrentes. Atracones esporádicos acompañados de conductas compensatorias (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos...). Hiperfagia o pérdida de apetito asociados a síntomas psiquiátricos graves
Psicomotricidad	Tics motores transitorios (menos de un año de duración)	Tics motores crónicos (más de un año de duración) Agitación o inhibición psicomotriz. Inquietud grave y persistente
Sexualidad	Exacerbación de las conductas sexuales normales en la adolescencia Inhibición de la respuesta sexual Sexualidad prematura, indiscriminada o promiscua	Abusos sexuales hacia otros menores Disforia de género
Pensamiento	Obsesiones y compulsiones pasajeras o que no perturban la vida cotidiana del adolescente Preocupaciones excesivas pero no incapacitantes sobre la silueta, sobre una parte del cuerpo o sobre los caracteres sexuales Preocupaciones hipocondríacas moderadas o transitorias	Obsesiones y compulsiones reiteradas y que perturban la vida cotidiana del adolescente. Preocupaciones hipocondríacas graves y persistentes Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico que provoca grave malestar Ideas delirantes. Disgregación o incoherencia del pensamiento Inhibición o aceleración persistentes del pensamiento. Fuga de ideas
Comunicación y lenguaje	Timidez y/o entrofobia moderadas Miedo a la relación con el otro sexo	Fobia social grave. Retraimiento grave Verborrea grave y persistente. Mutismo Tartamudez Ecolalias Neologismos
Atención	Distraibilidad o inatención excesivas de inicio reciente	Distraibilidad o inatención grave y/o persistente
Conducta	Pasos al acto esporádicos (fugas, robos, gestos de violencia, conducción peligrosa...) no asociados a otros síntomas psiquiátricos Consumo ocasional de alcohol o cannabis	Pasos al acto repetidos o de extrema gravedad Abuso de alcohol u otras drogas Autoagresiones e intentos de autolisis
Afectividad	Reacciones depresivas o ansiosas moderadas frente a acontecimientos estresantes Tendencia a la preocupación excesiva ante acontecimientos futuros Tendencia a la baja autoestima y a los sentimientos de culpa Tendencia al aburrimiento crónico Alexitimia (dificultad para expresar los afectos en palabras)	Tristeza o alegría patológicas Angustia patológica Indiferencia o frialdad afectiva persistente Anhedonia

Tabla 3. Frases y herramientas útiles para una entrevista motivacional LEAP

<p>1. Iniciar la asociación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué harías en mi lugar? • ¿Podemos pensar juntos cuál sería la mejor solución para todos? • ¿Tienes alguna sugerencia? <p>Al preguntar su opinión al adolescente, le estamos cediendo el poder en vez de tratar de forzarlo a someterse y de esta manera le pedimos que se asocie con nosotros, para buscar soluciones en conjunto</p>
<p>2. Pedir disculpas</p>	<p>Una disculpa en el momento oportuno puede darnos el tiempo necesario para parar y pensar hacia donde esta yendo la discusión. Además de comunicar humildad</p>
<p>3. En la escucha podemos hacer uso de frases que nos ayudan a no omitir y contradecir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déjame ver si lo he entendido bien • Quiero ver si lo he entendido bien • Dime si te he oído correctamente <p>Es recomendable empezar y acabar lo que reflejas con una frase como estas, porque te permiten emplear después las palabras de la otra persona sin tener que utilizar calificativos como tú crees o tú piensas, que no son convenientes usar</p>
<p>4. La herramienta dilatoria</p>	<p>La reacción instintiva es responder a las preguntas, pero con este método lo que vamos a hacer es posponer las respuestas todo lo que podamos, evitaremos soltar nuestro punto de vista la primera vez que nos lo pregunten</p> <p>¿Por qué? Cuanto mas retrasemos nuestra respuesta, más probabilidades tendremos de que la otra persona con la que mantenemos el conflicto, nos escuche cuando finalmente le demos nuestra opinión</p> <p>Y existe una segunda razón que han demostrado los estudios psicológicos: cuanto más duro tiene que trabajar uno para conseguir algo, más valor se le da</p>
<p>5. Hablar después de escuchar reflexivamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de escucharte, veo mucho mejor cuál es tu punto de vista o necesidad, ¿puedo darte ahora mi opinión?
<p>6. Evitar la palabra “pero”</p>	<p>Nunca usar “pero” en una disculpa: “me disculpo si te molesta, pero creo...”</p> <p>Decir “pero” es como negar todo lo que precede a ese “pero”</p>
<p>7. Aceptar</p>	<p>Aceptar que no somos infalibles y reconocer que podríamos estar equivocados también es una forma de demostrar respeto hacia los demás, y así estaremos dando, que es el principio en el que se basa este método (“La felicidad es un artículo maravilloso: cuanto más se da, más le queda a uno”)</p>
<p>8. La herramienta del acuerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de nosotros quiere hacer algo irreversible • A ambos nos importa hacer el trabajo bien y salir ambos beneficiados • Nuestro punto muerto nos está robando tiempo y recursos • Ambos queremos buscar una solución para superar este problema y seguir adelante • Estarás de acuerdo conmigo en que... • Sé que a ambos nos importa...

■ E-MPATHIZE (E-MPATIZAR): Identificación mental y afectiva con el estado de ánimo del otro.

■ A-GREE (A-SENTIR O ESTAR DE ACUERDO): Admitir como cierto o conveniente lo que otra persona ha afirmado o propuesto antes. Asentir con la cabeza o haciendo una seña con la mano o el brazo, o levantando un pulgar, o guiñando un ojo.

■ P-ARTNER (C-OLABORAR): Trabajar con el otro en la realización o consecución de un fin.

4. Valoración de la conducta familiar (interacciones y dinámica familiar, relaciones padres-hijos).
5. Pasar entrevistas estructuradas y semiestructuradas como la de Puig-Antich (Tabla 4).
6. Administrar instrumentos o cuestionarios a adolescente, padres y profesores para obtener más información

Tabla 4. Entrevista estructurada de Puig-Antich para la exploración del área afectiva

Síntoma/signo explorado	Preguntas/indicadores
Humor deprimido	<p>¿Te sientes triste por dentro y estás así la mayor parte del tiempo?</p> <p>¿Te sientes peor (más triste, más vacío) por la mañana o por la tarde?</p> <p>¿Cuándo empiezas a sentirte mejor?</p> <p>¿Te ocurre cada día?</p> <p>¿También los fines de semana?</p> <p>¿Tienes ganas de llorar sin saber porqué? ¿Cuándo y dónde te pasa esto?</p>
Culpabilidad excesiva	<p>¿Cómo te sientes después de hacer algo mal?</p> <p>¿Te sientes así por mucho tiempo?</p> <p>¿Te sientes a veces mal por cosas que han hecho otras personas, pero que tú crees que son culpa tuya?</p> <p>¿A veces te sientes culpable sin saber porqué?</p> <p>¿Piensas a menudo que mereces que te castiguen?</p> <p>¿Crees que eres un chico bueno o malo? ¿Por qué?</p>
Anhedonia. Falta de interés	<p>¿Piensas que te lo pasas mejor que tus amigos o peor que ellos?</p> <p>Durante tus horas libres, ¿te diviertes?</p> <p>¿Cuáles son tus pasatiempos favoritos?</p> <p>¿Te diviertes con ellos igual que antes?</p> <p>¿Disfrutas con lo que haces tanto como antes?</p> <p>¿Te aburres mucho?</p> <p>¿Tienes siempre ganas de hacer cosas?</p>
Ideación y conducta suicida	<p>¿Alguna vez has pensado en matarte?</p> <p>¿Has pensado cómo lo harías?</p> <p>¿Lo has intentado, o lo has empezado a intentar, alguna vez?</p> <p>¿Hasta dónde has llegado si lo has intentado?</p> <p>¿Qué hiciste?</p> <p>¿Realmente deseabas morir?</p> <p>¿Qué pasa después de la muerte?</p> <p>¿Por qué deseabas morir?</p> <p>¿Cuántas veces lo has intentado?</p>
Cambios en los patrones de sueño	<p>¿Te cuesta dormirte por las noches? ¿Cuánto tardas en dormirte?</p> <p>¿Te despiertas por la noche?</p> <p>Si te despiertas, ¿te vuelves a dormir pronto?</p> <p>¿Te despiertas demasiado pronto por la mañana, es decir, antes de la hora en que solías levantarte?</p> <p>¿Cuánto tiempo?</p> <p>¿Te despiertas cansado o descansado por la mañana?</p>
Cambios en el apetito y/o en el peso	<p>¿Tienes ganas de comer la mayoría de los días?</p> <p>¿Te apetece comer?</p> <p>¿Tienes hambre?</p> <p>¿Comes igual que antes, la misma cantidad, más o menos?</p> <p>¿Te gustan las mismas cosas de comer que antes?</p>
Dificultades para concentrarse y pensamiento enlentecido	<p>¿Te cuesta seguir el hilo de la explicación del profesor en clase?</p> <p>¿Te es difícil prestar atención a lo que el profesor dice, o a tu trabajo?</p> <p>¿Te cuesta concentrarte mientras lees, estudias, cuando haces los deberes?</p> <p>¿Tienes que esforzarte más que antes?</p> <p>¿Te cuesta leer o seguir el hilo de lo que estás haciendo porque no lo entiendes? ¿o más sencillamente porque no te importa? ¿o porque hay algo que te preocupa? ¿o porque no puedes prestar atención todo el rato y te distraes fácilmente?</p> <p>¿Puedes prestar atención a cosas que te gusta hacer?</p>
Fatiga, cansancio excesivo, falta de energía	<p>¿Te encuentras cansado a menudo?</p> <p>¿Te cuesta mucho empezar a hacer las cosas?</p> <p>¿Te encuentras igual de cansado todo el día?</p> <p>¿Te encuentras igual de cansado durante todos los días de la semana?</p> <p>¿Y los fines de semana?</p> <p>¿Te cuesta mucho levantarte por las mañanas?</p>

(Continúa)

Tabla 4. Entrevista estructurada de Puig-Antich para la exploración del área afectiva (*cont.*)

Agitación y lentitud psicomotora	Observar nivel de 0 a 3 (0: nada, 1: poco, 2: bastante, 3: mucho) tanto de agitación como de lentitud en cada una de las siguientes 3 áreas: actividad verbal, actividad motora, expresión facial
Alucinaciones	¿Te ocurre alguna vez que oyes voces estando solo, o cuando no hay nadie que te esté hablando? ¿Oyes estas cosas cuando estás dormido o cuando estás despierto? ¿Solo cuando estás dormido o a veces también cuando estás despierto? ¿Ves visiones o cosas que no están ahí? ¿A veces notas olores que otras personas no pueden oler? ¿Alguna vez has notado que alguien te ha tocado cuando en realidad no hay nadie, o has notado cosas que recorren tu piel, y en realidad no hay nada?
Delirios	¿Hay veces que tu imaginación te gasta bromas? ¿Sabes cosas que otras personas no conocen? ¿Crees en cosas que otras personas, o tus padres, no parecen creer? ¿Estás seguro de que es así? ¿O bien solo crees que es así? ¿Por qué estás tan seguro? ¿Cómo lo sabes?

y evaluar la severidad de los síntomas en los distintos ámbitos (familia, colegio...).

7. Exploración física.
8. Pruebas complementarias y/o evaluación psicopedagógica (si procede).

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS PREVALENTES EN LA ADOLESCENCIA

El trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y fuera de control sobre gran número de hechos y actividades de la vida diaria, que interfieren con su funcionamiento familiar, social y escolar.

Son adolescentes catastrofistas y preocupados por todo, perfeccionistas, conformistas, rígidos (con tendencia a procesar la información de manera sesgada hacia la amenaza) y, en ocasiones, opositoristas o irritables. Frecuentemente buscan ser tranquilizados por los demás, aunque esto solo les alivia momentáneamente.

La preocupación es desproporcionada a los hechos, y una vez el adolescente empieza a preocuparse encuentra muy difícil o imposible parar. La distinción entre las

preocupaciones apropiadas a la edad y las propias de este trastorno se basa más en su persistencia y carácter poco realista que en el objeto de la preocupación (escuela, familia, amigos, rendimiento, competencia, aprobación y conducta pasada, puntualidad, salud y aspectos del mundo como guerras y catástrofes, acontecimientos futuros, situaciones nuevas o poco familiares).

Para realizar el diagnóstico, esta ansiedad y preocupación deben ir acompañadas como mínimo por un síntoma físico, presentarse la mayoría de días y un mínimo de 6 meses.

El trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por episodios recurrentes espontáneos de pánico asociados a síntomas fisiológicos (palpitaciones, sudoración, temblores, opresión torácica, náuseas, molestias abdominales, mareos, parestesias acras, escalofríos) y psicológicos (ansiedad extrema, miedo a un resultado catastrófico o a perder el control o volverse loco, sensación de ahogo o de atragantarse, despersonalización y desrealización) entre los cuales el adolescente se encuentra bien. Se presenta de forma aislada, brusca, sin desencadenantes aparentes, incluso en períodos de descanso o de vacaciones.

La repetición de las crisis en el tiempo o el desarrollo de ansiedad anticipatoria y agorafobia o de conductas de evitación es frecuente.

La aparición de un trastorno de angustia antes de los 17 años parece comportar un riesgo superior tanto de abuso de sustancias como de ideas e intentos de suicidio.

La agorafobia

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.

La fobia social

La fobia social se podría definir como la ansiedad persistente y excesiva, sin crisis de angustia, ante situaciones sociales en que el adolescente se expone a la crítica ante desconocidos, provocando un retraimiento y/o miedo frente a esas situaciones. Para su diagnóstico, los síntomas (rechazo escolar, incapacidad de hablar en clase, ansiedad ante los exámenes, timidez, evitación de situaciones sociales, etc.) deben durar más de seis meses, no ser secundarios a otro trastorno y afectar al funcionamiento social del adolescente.

A diferencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad, la fobia social se da más en hombres que en mujeres.

Fobia simple o específica

El adolescente con fobia simple se muestra nervioso, con un miedo excesivo y persistente hacia un objeto, un entorno o una circunstancia, produciendo un comportamiento evitativo que interfiere con el funcionamiento normal. En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata e invariablemente una respuesta de ansiedad de carácter vegetativo.

Trastorno de ansiedad de separación

Se define como ansiedad excesiva en relación con la separación o alejamiento de la madre, de ambos padres

o, en general, de cualquier persona a la que el adolescente se encuentre apegado emocionalmente.

En situaciones en que se produce o se anticipa la separación respecto de las figuras de apego, como acudir al centro educativo, el adolescente presenta ansiedad, tanto somática (palpitaciones, rubefacción, inquietud, mareos, etc.) como psíquica (miedo a accidentes, enfermedades o sucesos funestos para él o para la figura de apego que pudieran convertir la separación en definitiva).

La duración de los síntomas debe ser al menos de 4 semanas (para excluir estrés agudo ante acontecimientos vitales).

El trastorno puede traducirse en absentismo escolar prolongado, acarreado problemas académicos y dificultades secundarias en las interacciones sociales, tanto con adultos ajenos a la familia como con iguales.

La tendencia es hacia la evolución crónica durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría. Se calcula que un 30-60% de casos sigue presentando trastornos adaptativos, depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos), así como dificultades sociales en la edad adulta.

Fobia escolar

La fobia escolar es la incapacidad total o parcial del adolescente de acudir al centro educativo como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar.

La posibilidad de acudir al colegio produce en el adolescente angustia anticipatoria, que se produce justo antes de acudir al colegio, o bien la tarde antes con aumento de los síntomas al anochecer. Los síntomas de angustia pueden acompañarse de un cuadro neurovegetativo (náuseas, vómitos, diarrea, abdominalgia, cefaleas). También pueden darse explosiones de mal humor o quejas de estar enfermo en relación con la perspectiva de acudir al centro educativo.

En ocasiones, el adolescente puede especificar un motivo de los síntomas de ansiedad (miedo a un profesor; a

una asignatura), pero en muchas ocasiones no es capaz de concretar el motivo de su angustia.

Aunque puede asociarse a ansiedad de separación, no todos los jóvenes que tienen una fobia escolar presentan ansiedad de separación, y hay adolescentes que presentan ansiedad de separación y acuden de forma habitual al centro escolar.

Trastorno de estrés postraumático

El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEP) requiere que se haya producido una exposición a un acontecimiento traumático que debe ser potencialmente amenazante para la vida o para la salud del individuo o de otra persona de su entorno más cercano. El adolescente deberá haber sufrido el acontecimiento traumático en persona o haber sido testigo de dicho acontecimiento.

Síntomas característicos son la re-experimentación (miedo, pensamientos de tipo intrusivo relacionados con el trauma y pesadillas o sueños recurrentes en referencia al acontecimiento traumático), la evitación, y el aumento del umbral del nivel de activación fisiológica (que puede hacerse evidente en forma de ataques de rabia, irritabilidad, alteraciones en el sueño, dificultades de concentración y atención, hiperactividad motora, quejas somáticas –principalmente dolor abdominal y cefalea– e hipervigilancia).

Es frecuente que adolescentes con TEP consuman drogas o alcohol para disminuir los síntomas de re-experimentación o para evitar pensar en lo ocurrido.

Se distinguen tres tipos de TEP: *agudo* (duración de menos de tres meses), *crónico* (duración de tres meses o más), y *de inicio retardado* (si el inicio de los síntomas se da al menos seis meses después del acontecimiento traumático).

El trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de:

- **Obsesiones:** pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Se experimentan como propias, involuntarias, inapropiadas y desagradables, originando malestar subjetivo en forma de miedo, disgusto, dudas o sensación de incompleto, no siendo simples pensamientos excesivos acerca de problemas de la vida real.
- **Compulsiones:** comportamientos, motores o actos mentales, repetitivos, finalistas e intencionales que el sujeto se ve impelido a realizar de manera estereotipada o de acuerdo a determinadas reglas, por lo general en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado, objetivamente improbable, para sí mismo o para los demás.

Se requiere que las obsesiones y/o compulsiones causen además de un malestar clínico objetivo, una pérdida de tiempo en la rutina diaria con interferencia significativa en el funcionamiento general, originando al adolescente desadaptación familiar, académica y/o social.

Trastorno depresivo mayor

La frecuencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes es el 4-8%, con una ratio masculino/femenino de 1:2.

La esencia del TDM es la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer, que está presente la mayor parte del día durante las dos últimas semanas, y que se acompaña de 5 de los siguientes síntomas: pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento/agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad/culpa, dificultades para pensar/concentrarse/decidirse y pensamientos recurrentes de muerte/suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el adolescente.

Los adolescentes con TDM pueden presentar humor irritable, hostilidad, interacciones agresivas y síntomas

psicóticos (sobre todo alucinaciones auditivas e ideas deliriosas).

Distimia

La distimia se caracteriza por cambios del humor en el adolescente más persistentes pero menos intensos que los del trastorno depresivo mayor, marcado deterioro psicossocial, irritabilidad o humor depresivo durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días del último año, alteraciones del sueño, del apetito, de la concentración, de la autoestima, así como presencia de desesperanza y pérdida de energía y de la capacidad de tomar decisiones.

Trastorno de conducta

Los adolescentes con trastorno de conducta se muestran fríos, sin compasión ni piedad, pareciendo no entender el sufrimiento de los demás. Presentan un patrón de comportamiento, persistente a lo largo del tiempo, que afecta a los derechos de los otros y violenta las normas, con frecuentes agresiones físicas, mentiras, robos, consumo de drogas, amenazas y fugas del hogar. Suelen ser manipuladores y aparentemente insensibles a las consecuencias y consejos, considerando a las personas que cumplen las normas como hipócritas. Las incursiones sexuales son muy precoces y no es infrecuente que se produzcan agresiones sexuales.

Trastorno por consumo de sustancias

Múltiples factores de diversa naturaleza intervienen en la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias durante la adolescencia, tales como la edad del primer consumo, la comorbilidad con trastornos de la conducta o con otros trastornos psiquiátricos (la patología dual), la presencia de determinados rasgos del temperamento (como la baja autoestima, emocionalidad negativa, la búsqueda de sensaciones o la baja tolerancia a la frustración), acompañados de factores de tipo cognitivo (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas), la influencia del grupo de iguales o el género.

Las mujeres adolescentes, presentan una especial asimetría respecto a los hombres adolescentes debido a la interacción de factores biológicos y psicossociales, y se encuentran en particular riesgo de desarrollar patología dual.

Trastorno límite de personalidad

Son adolescentes con alta inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad. Síntomas característicos son:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad (autoimagen acusada y persistentemente inestable).
- Impulsividad en distintas áreas (gastos, sexo, abuso de sustancias, conductas temerarias, atracones de comida, etc.).
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés.

Trastorno bipolar

Los síntomas más prevalentes durante un episodio maníaco en un adolescente con trastorno bipolar (TB) son aumento del nivel de energía, distraibilidad, presión al habla, irritabilidad, grandiosidad, pensamiento acelerado, disminución de la necesidad de sueño, euforia/humor elevado, pobre capacidad de juicio, fuga de ideas e hipersexualidad. Sin embargo, no es infrecuente que la manía en adolescentes se caracterice por irritabilidad o "tormentas afectivas" en lugar de euforia y grandiosidad.

En unos adolescentes, el TB puede tener un curso más continuo que episódico, incluso pudiendo manifestarse en algunos casos como irritabilidad o manía crónica. En otros, la duración de los síntomas maníacos característicos es más breve, incluso llegando a presentar ciclación rápida o ultra-rápida, con cambios bruscos entre humor triste, irritable y eufórico en un solo día.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por la presencia de síntomas *positivos* (alucinaciones, delirios, desorganización conductual...) y *negativos* (apatía, abulia, empobrecimiento afectivo...), en diferente grado a lo largo del curso de la enfermedad, y que puede llevar al deterioro.

Semanas o meses antes del primer episodio de síntomas psicóticos en un adolescente aparece la fase de estado mental de alto riesgo, con síntomas prodrómicos: pensamiento confuso, disminución de la atención, concentración y motivación, falta de energía, alteraciones afectivas, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, falsas creencias, aislamiento, suspicacia y deterioro en el funcionamiento psicosocial. Esta fase inicial del trastorno psicótico es un periodo crítico. La atención precoz de los primeros síntomas psicóticos disminuye la disrupción de la vida familiar, social, educativa y laboral del adolescente.

INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO SUICIDA

El pediatra debe saber identificar a aquellos jóvenes que tienen más riesgo potencial de suicidio: varones de 16 a

19 años, adolescentes de ambos sexos que presentan un trastorno mental asociado (sobre todo depresión, manía o psicosis), abuso de sustancias, agitación, irritabilidad, aislamiento, acoso por parte de iguales, estrés, desesperanza, rigidez cognitiva, la existencia en el entorno de patrones de imitación (casos cercanos o medios de comunicación) e historia familiar de psicopatología (comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso físico o sexual).

También es preciso conocer los factores que más frecuentemente pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

- Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio (es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad).
- Tener problemas graves con los padres.
- Conflictos familiares.
- Problemas con el grupo de pares o iguales.
- Dificultades escolares.

Muchos adolescentes, antes de intentar suicidarse, evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida (comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo, sobre su vida, o sobre su futuro, despedidas verbales o escritas, cambios repentinos en su conducta, aparición de laceraciones recientes en alguna parte del cuerpo, regalar objetos muy personales, preciados y queridos, cerrar asuntos pendientes).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el programa SUPRE (Suicide Prevention) algunas recomendaciones para los profesionales de atención primaria sobre cómo actuar ante la ideación y conducta suicida (Tabla 5).

Es necesario preguntar al propio adolescente acerca de sus sentimientos e intenciones suicidas (Tabla 6), porque

Tabla 5. Riesgo de suicidio: identificación, valoración y plan de acción según Proyecto SUPRE de la OMS

Riesgo	Síntomas	Evaluación	Acción
0	-	No hay peligro	-
1	Alteración emocional leve	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas Valorar el intento	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
5	Ideas suicidas, pero con trastorno psiquiátrico y/u otros factores de riesgo	Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato	Remitir a Salud Mental
6	Ideas suicidas y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo	Permanecer con el o la paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Remitir a Salud Mental Valorar hospitalización

en contra de lo que se suele pensar, preguntar acerca del suicidio no supone inducirlo.

Tras el suicidio de alguien cercano al adolescente, las intervenciones son muy importantes, ya que tener un allegado que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático.

Ante una situación de riesgo de suicidio en un adolescente, además de ser evaluado psiquiátricamente, se deberán poner en marcha las siguientes estrategias preventivas: tener disponibles unos teléfonos de emergencia o ayuda, limitar el acceso a posibles medios lesivos, no dejarle solo (involucrar a familiares y amigos), no juzgarle ni reprocharle su manera de pensar o actuar, adoptar una disposición de escucha auténtica y promover el desarrollo de factores protectores (como cohe-

Tabla 6. Recomendaciones de la OMS sobre cómo indagar sobre la ideación y la conducta suicida**Cómo preguntar:**

No es fácil preguntar sobre ideación suicida, se recomienda hacerlo de forma gradual.

Algunas preguntas que pueden resultar útiles son:

- ¿Te sientes triste?
- ¿Sientes que no le importas a nadie?
- ¿Sientes que no merece la pena vivir?
- ¿Piensas en el suicidio?

Cuándo preguntar:

- Cuando el adolescente tiene sentimiento de empatía con el profesional
- Cuando el adolescente se siente cómodo al hablar de sus sentimientos
- En el momento que el adolescente hable acerca de sentimientos de desesperanza o tristeza

Qué preguntar:

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez has realizado planes para acabar con tu vida?; ¿tienes alguna idea de cómo lo harías?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿has decidido cuándo vas a llevar a cabo tu plan de acabar con tu vida?, ¿cuándo lo vas a hacer?

sión familiar alta y buena relación con el grupo de iguales, habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento, actitudes y valores positivos, autoaceptación y apoyo social elevados, centrarse en el ser y no en el hacer; habilidades para construir una vida que merezca la pena vivir).

EMPODERAMIENTO DEL ADOLESCENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

En los programas para adolescentes del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (ver <http://adolescentes.blogia.com>), entendemos el empoderamiento para la salud mental de los adolescentes como el proceso mediante el cual los propios adolescentes adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su bienestar psicoemocional. Para ello, entrenamos a los adolescentes, tanto individual como grupalmente, en habilidades de regulación emocional, en habilidades de eficacia interpersonal, en habilidades de tolerancia del malestar y en habilidades de atención y conciencia plena o *mindfulness*.

Mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el instante presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento.

Como procedimiento terapéutico busca que los aspectos emocionales y otros procesos de carácter no verbal sean observados, aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos, pues el control sobre sucesos incontrolables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la mera experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible.

El *mindfulness* enseña:

- A centrar la atención en lo que se hace en cada momento o allá donde se quiera, percibir qué se

siente o piensa, sin que esas sensaciones, preocupaciones o cualquier contenido mental le desubiquen a uno del momento presente.

- A rechazar automatismos.
- A desarrollar un estilo de vida autoconsciente.

Abrirse a las sensaciones físicas que se están experimentando con la intención de no luchar contra ellas, sino de aceptarlas tal como son, provoca el efecto de relajar la tensión interna.

Los pasos en la técnica del *mindfulness* centrado en los síntomas físicos son:

- Identificar la sensación física ("ansiedad") y la parte del cuerpo donde más intensa es ("en la tripa").
- Reconocer los pensamientos que la acompañan ("qué ansioso estoy").
- Aceptación radical de la sensación ("es una sensación que tengo ahora mismo", "sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea").
- Respiración centrada en la sensación ("al inhalar cojo aire, al exhalar dejo salir el aire de la tripa").
- Decidir si podemos tolerar la sensación y vamos a aplicar cualquiera de las técnicas de cambio que conocemos ("me pregunto: ¿puedo hacer algo para cambiar las cosas?").

Las reglas generales de la práctica del *mindfulness* (base de muchas psicoterapias de tercera generación) son: detenerse y recogerse en uno mismo, observar la experiencia (interna/externa), entrar en la experiencia y vivirla, sin tratar de escapar de ella, aceptándola, sin juzgar ni comparar; con compasión o bondad amorosa hacia uno mismo, centrarse en el momento presente usando los anclajes principales (respiración, sensaciones corporales) y centrarme en la tarea con eficacia.

Tabla 7. Ejercicios de mindfulness o atención plena

Para práctica individual	Para práctica grupal
<p>1. Un minuto de mindfulness o atención plena Es un ejercicio de atención consciente relativamente sencillo en cuanto a su planteamiento. Se puede hacer en cualquier momento durante el día Dedica un momento ahora mismo para probar esto. Programa una alarma para que suene exactamente en 1 minuto. Durante los siguientes 60 segundos, tu tarea consiste en centrar toda tu atención en la respiración. Es solo un minuto. Deja tus ojos abiertos y respira normalmente. Seguramente tu mente se distraerá en varias ocasiones pero no importa, dirige nuevamente tu atención a la respiración. Con el tiempo, poco a poco, se puede extender la duración de este ejercicio en períodos más largos</p>	<p>1. Ejercicio de la uva pasa Se reparten unas pasas y los adolescentes deben observarla como si nunca hubieran visto una pasa antes, después la deben comer lentamente, observando los movimientos del cuerpo a medida que hacen esto, al acabar la sesión se les pide que hagan una comida al día con atención plena</p>
<p>2. Observación consciente Recoge un objeto que tengas a tu alrededor. Puede ser una taza de café o un lápiz, por ejemplo. Colócalo en tus manos y permite que tu atención sea totalmente absorbida por el objeto. Solo observa. Notarás una mayor sensación de estar presente en "el aquí y ahora" durante este ejercicio. Te vuelves mucho más consciente de la realidad. Observa cómo tu mente libera rápidamente los pensamientos del pasado o del futuro, y lo diferente que te sientes al estar en el momento presente de una manera muy consciente. También puedes practicar la observación consciente con tus oídos. Muchas personas encuentran que "escuchar atento" es una técnica de atención más fuerte que la observación visual</p>	<p>2. Contemplación de las sensaciones corporales o "Body Scan" Los adolescentes deben estar tumbados sobre su espalda, deben ir explorando las diferentes partes de su cuerpo, desde los dedos del pie hasta recorrer todo el cuerpo. Se trata únicamente de observar, centrando su atención sobre una parte del cuerpo y sentir como es la sensación en ese momento. Después se abre un espacio para discusión de las experiencias</p>
<p>3. Contar 10 segundos Este ejercicio es una simple variación del ejercicio 1. En este ejercicio, en lugar de centrarte en tu respiración, cierra los ojos y concéntrate únicamente en contar hasta diez. Si tu concentración tiende a dispersarse, empieza de nuevo en el número uno. Quizás te ocurra esto: "Uno... dos... tres... ¿qué le voy a decir a Juan cuando me lo encuentre? Oh, Dios, estoy pensando" "Uno... dos... tres... cuatro... esto no es tan difícil después de todo... ¡Oh, no... eso es un pensamiento!" "Uno... dos... tres... ahora ya lo tengo. Estoy muy concentrado ahora... Dios, otro pensamiento"</p>	<p>3. Meditación sentado Este ejercicio se lleva a cabo sentado en un cojín y con las piernas cruzadas, las manos deben colocarse a la par, a la misma altura descansando en los muslos detrás de las rodillas. Se debe mantener la espina dorsal tan recta como sea posible. Los hombros deben empujar hacia atrás y la barbilla inclinada ligeramente hacia dentro. Por último se trata que la lengua toque el paladar para impedir la excesiva producción de saliva y los ojos cerrados o ligeramente abiertos. El propósito de este ejercicio supone estabilidad, quietud y alerta, también, observar los sonidos con atención plena, sin juzgarlos ni analizarlos. Por otra parte, se trata de prestar atención a la respiración y las sensaciones corporales que subyacen de la meditación sentado</p>
<p>4. Señales de atención Centra tu atención en la respiración cada vez que una señal específica del medio ambiente se produzca. Por ejemplo, cada vez que suene el teléfono, rápidamente pon tu atención en el momento presente y mantén la concentración en la respiración. Basta con elegir una señal adecuada para ti. Tal vez decidas ser plenamente consciente cada vez que mires en el espejo. ¿O será cada vez que tus manos se toquen entre sí? Quizás elijas como señal el canto de un pájaro</p>	<p>4. Meditación caminando Llevando la atención a las sensaciones corporales, la sensación del pie al posarse sobre el suelo, al doblar la rodilla, al mantener el equilibrio... En definitiva ser conscientes del caminar a medida que se camina</p>
<p>5. La atención plena en la vida cotidiana Se trata de llevar todo lo aprendido al día a día, se va instruyendo a los adolescentes a que realicen la práctica de la atención plena en sus actividades cotidianas desde dar un paseo a lavarse los dientes. Así se incrementará su calidad de vida y se reducirán los estados de estrés y ansiedad a los que se ven sometidos en ocasiones</p>	

En la Tabla 7 se presentan algunos ejercicios de *mindfulness* que utilizamos en nuestros programas para adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Lázaro PJ. Psicología del adolescente y su entorno. *Siete Días Médicos* 2013;852:14-9. [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en http://issuu.com/edicionesmayo/docs/7dm_852
2. Ruiz-Lázaro PJ. La entrevista clínica al adolescente. *JANO* 2009; 1735: 31-33. [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1735/31/00310033_LR.pdf
3. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. *Protocolos Clínicos*. Madrid: Editorial Siglo; 2010.
4. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en <http://www.feafes.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
5. Ruiz-Lázaro PJ. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/AdoCompleto.pdf>
6. Ruiz-Lázaro PJ. Spain (Alcalá de Henares, Madrid): the strategy "for and with young people" for promoting adolescent mental health in primary health care. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 216-226. [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf
7. Ruiz-Lázaro PJ. Atención y conciencia plena (*mindfulness*). *FAMIPED*. 2013;6(3). [Fecha de acceso 22 nov 2013]. Disponible en <http://famiped.es/mindfulness>
8. Miró MT, Simón V. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2012.