



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Muros Cobos, N.I; Gualda González L.M; Del Águila Águila, J.; Martínez Carrascosa, A.;  
García Moreno, C.; Sánchez Mora, C.

[Nora.muros@gmail.com](mailto:Nora.muros@gmail.com)

Diagnóstico diferencial, adolescente

### **RESUMEN**

En este caso seguiremos el desarrollo de un pre-adolescente de 8 años hasta su paso a psiquiatría de adultos con 18 años y los diferentes diagnósticos que surgen a lo largo de su proceso vital. Veremos la importancia del ambiente de crianza del menor, el consumo de tóxicos y realizaremos los diagnósticos diferenciales conformen surjan en su proceso madurativo.

Nuestro paciente proviene de una familia monoparental que reside en casa con la abuela materna y dos hermanos de la madre. El ambiente en la familia era de falta de normas. Ha sido escolarizado en régimen de internado. Acudió a Mediación Familiar. Tutelado por Servicio de Menores desde los 12 años.

Será atendido en primer lugar en consultas de psicología, con 9 años será derivado a su primer psiquiatra y un primer diagnóstico de Trastorno oposicionista desafiante que evolucionará a un T. Adaptativo tipo depresivo, con alteraciones de conducta. Con 14 años será derivado a Hospital de Día donde se diagnostica de -Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, Trastorno mental o alteración de los padres. Crianza en Instituciones, Alteración en el patrón de las relaciones familiares, Experiencias personales atemorizantes. En 2017 realiza su primer ingreso. Diagnóstico: Trastorno depresivo recurrente, Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos F12-T. M. y comportamentales debidos al uso de cannabinoides. A la edad de 18 años realiza un ingreso en UHB con diagnóstico de Clínica psicótica a estudio TUS cannabis Trastorno personalidad cluster B, donde destacan rasgos antisociales.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Una adaptación pediátrica de dicho concepto podría ser: el desarrollo de las capacidades sociales y emocionales del niño que le permiten experimentar, regular sus emociones, establecer relaciones próximas y seguras, y aprender<sup>1</sup>.

Como veremos en el caso descrito a continuación el diagnóstico diferencial en el adolescente de la patología psiquiátrica no solo lo incluye al él como un individuo sino que también debemos de tener en cuenta los factores que lo rodean y cómo influyen en el desarrollo del menor, tanto su en su personalidad como en la forma de relacionarse con el entorno y los diferentes mecanismos de afrontamiento que es capaz de aprender.

Las alteraciones del comportamiento son el motivo más frecuente de consulta, en ocasiones se inician en la infancia asociados a trastorno negativista desafiante, o en la adolescencia, siendo estos de mejor pronóstico. Los de inicio en la infancia pueden evolucionar a trastornos disociales y posteriormente a trastornos de personalidad antisocial, con el subsiguiente riesgo de delincuencia, abuso de drogas, problemas interpersonales y/o maritales, desempleo y mala salud física. <sup>23</sup>

## Formulación del caso

El seguimiento de nuestro paciente comienza a la edad de 8 años en las consultas externas de psicología clínica, donde es derivado por su Médico de Atención Primaria por alteraciones del comportamiento en el domicilio familiar. Se da un diagnóstico inicial de enuresis (hasta los 9 años) y alienación parental (familia monoparental). En este momento es destacable que el menor reside en la casa de los abuelos maternos junto con su madre y dos tíos. No conoce a su padre, aunque constan problemas de consumo de tóxicos. Su madre trabaja la mayor parte del día dejándolo al cuidado de los abuelos con los cuales apenas tiene relación. Su madre realiza así mismo tratamiento en las consultas de psiquiatría con diagnóstico (según los informes recogidos en el expediente el chico) trastorno adaptativo y trastornos de la personalidad no especificado. Tío materno: depresión + consumo de sustancias. En el ambiente familiar destacan la falta de normas en la vida del chico y las descalificaciones continuas a la madre y como educa a su hijo.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

En el colegio el chico se comporta bien, no tiene problemas de conducta ni con figuras de autoridad ni con iguales si bien sus notas son malas.

Debido a los problemas de conducta ingresó un internado en 2010 hasta el cierre del mismo en 2012

Tras ser necesario una atención en urgencias psiquiátricas en 2010 por el aumento de estos episodios de alteración del comportamiento (siempre suceden en el domicilio) se diagnostica de sintomatología depresiva a estudio, comienza con toma de fluoxetina y risperidol a los 9 años de edad y es derivado a las consultas de psiquiatría infanto juvenil, donde se le diagnostica de T. Adaptativo tipo depresivo, con alteraciones de conducta en un primer momento y seguidamente evoluciona a trastorno depresivo mayor.

En 2012, tras presenciar el asesinato de una amiga cercana, empeora la clínica afectiva y las alteraciones del comportamiento por lo que es derivado a Hospital de día Infanto-Juvenil (HDIJ) donde no se puede realizar un tratamiento de forma adecuada ya que el paciente solicita el alta voluntaria tan solo dos meses tras su ingreso.

A fecha de 2012, con 11 años, los diagnósticos de nuestro paciente son: síndrome depresivo + Trastorno Opositor Desafiante + situación familiar complicada. Toma de tratamiento (errático): oxcarbamazepina y risperidona. Las entrevistas con el chico son difíciles tendiendo a no hablar en las mismas. Los facultativos que lo evalúan destacan un patrón de inhibición afectiva, bloqueo de la expresión de emociones y mala relación con la madre. En lo relacionado con esta última observan una tendencia abandonista de la madre con el niño y oposición cuando se intentan realizar intervenciones sobre ella y trabajar diferentes aspectos de la crianza con la misma. Se realiza test de inteligencia: CIT: 104

En julio de 2013, con 12 años, la tutela del menor pasa a ser de la comunidad donde reside, pidiendo el menor poder salir del domicilio. Tras este cambio sus notas comienzan a mejorar, se relaciona más con iguales, pero los educadores del piso lo encuentran más triste, sin mostrar alteraciones en el comportamiento ni en el lugar de residencia ni en el nuevo centro educativo. A petición del chico se le retira la medicación durante un año 2014-2015.

A lo largo del año 2015, con 14 años, el chico demuestra progresivamente un desinterés total en general y una actitud pasivo-agresiva, con agresividad contenida que no había mostrado con anterioridad. Expresa mucha rabia en relación a su historia vital. Mantiene distancia con los chicos con los que comparte el piso y notan especial distanciamiento con las chicas, violentándose al hablar de temas sexuales.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mantiene buena relación con su tía materna y especialmente el marido de esta, con los que pasa los fines de semana, pero nunca habla ni de su prima ni de su madre. Tras la introducción de mediación antidepresiva en julio notan una evolución positiva en el mismo y es diagnóstica de episodio depresivo grave.

En septiembre de 2015 ingresa nuevamente en HDIJ por aumento del aislamiento social, depresión, oposicionismo importante y rasgos psicopáticos. Se realiza en 2015 Test Millon de personalidad para adolescentes, puntuando alto en sentimientos de ansiedad y siendo los resultados >85:  
- Introvertido: siente indiferencia en las relaciones sociales, percibe los sentimientos con poca profundidad.  
- Inhibido: quiere intimidad pero prefiere evitarla debido a la experiencia que ha tenido de esta.

Resultados destacados >75:  
-Disfunción de la identidad  
-Desvalorización del mismo  
- Desagrado con su cuerpo

Es dado de alta en julio de 2016, a los 15 años, dada la evolución positiva del menor: mejoría anímica, su manera de relacionarse con los iguales y pequeños cambios producidos con los familiares (tía materna y madre). Diagnósticos de: trastorno depresivo recurrente: episodio actual grave sin síntomas psicóticos. Trastorno mental o alteración de los padres. Crianza en instituciones. Alteración del patrón de las relaciones familiares. Experiencias personales atemorizantes.

Esta evolución positiva en el menor es de corta duración ya que en agosto reingresa nuevamente en HDIJ en esta ocasión pudiendo relacionar el empeoramiento con el comienzo del consumo de THC. Observan una recaída a nivel afectivo y la dificultad que tiene el menor para afrontar situaciones complicadas. La terapeuta ocupacional reseña un problema con la meta de vida ya que el chico es incapaz de encontrar una. En este año deja de acudir al HDIJ persiste el consumo de THC al que se le añade el de alcohol y corta relación con su tía materna quien era el nexo de unión con su familia de origen. Se mantiene conductas agresivas tanto en el piso como en el instituto, se fuga del centro donde reside, aumenta el consumo de tóxicos... En esta situación se decide realizar un ingreso programado en UHBIJ para contención a principios de 2017 ya con 16 años. En el informe destaca comportamientos del chico que ha podido aprender de su madre (no moverse de la cama, comportamientos disfuncionales...). Destacan la nula motivación del chico hacia cualquier aspecto de la vida y el bloqueo emocional que presenta. , pero es capaz de mostrar empatía y afecto aunque niegue sus emociones.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Diagnóstico: Episodio depresivo moderado. Trastorno por uso de sustancias. Trastorno mental o alteración de los padres. Supervisión y control inadecuado de los padres. Crianza en instituciones. Acontecimientos que generan pérdida de autoestima. Funcionamiento social moderado. En este acepta acudir a CAEM (Un dispositivo socio-sanitario que orienta a los menores hacia la recuperación, adquisición y/o construcción de sus recursos personales para alcanzar y facilitar su bienestar y el de su entorno mejorando su autonomía, su funcionamiento socio-familiar y su desarrollo personal y educativo.)

A su salida en 2018 se muestra cierta mejoría comportándose de forma más adecuada en el centro y encontrándose abstinentes.

Desde finales de 2018 a marzo de 2019 se observa un empeoramiento en el comportamiento, aumento del consumo nuevamente de THC, fugas repetidas del centro sin aparecer durante semanas en el mismo, se decide intentar nuevo ingreso en UHBIJ de contención e intentar resolver su situación ya que tras el paso a "adulto" contará con otras ayudas sociales. Diagnóstico: trastorno mixtos de la conducta y de las emociones no especificado. Se desestima piso de autonomía debido al consumo activo de tóxicos y finalmente regresa a vivir con su madre la cual vive ahora con sus hermanos. Se cita en consulta de psiquiatría de adultos a la que acude de forma errática teniendo varias atenciones a urgencias tanto en psiquiatría como por motivos somáticos en nov 2019 y enero de 2020. Esta serie de urgencias comienzan con el fallecimiento de la abuela en octubre de 2019 en esta urgencia se muestra cierta desconfianza y suspicacia, posibles alucinaciones auditivas siendo diagnosticado de clínica psicótica en probable relación a consumo de tóxicos. Finalmente en enero 2020, con 19 años, se realiza un ingreso voluntario por clínica delirante de muerte y ser una persona "contagiosa". Siendo sus actuales diagnósticos: clínica psicótica a estudio. TS cannabis Trastorno de personalidad Cluster B, destacan rasgos antisociales.

En todos estos años han destacado un seguimiento irregular en consultas con toma errática de tratamientos y disfunciones en las relaciones sociales que ha logrado establecer.

### **DISCUSIÓN**

En este caso vemos como desde un inicio en la infancia del niño le rodea un aire disfuncional calificando como principales problemas:

- Familia monoparental siendo el embarazo no deseado y sin conocer e paciente a ambos progenitores.
- Convivencia en un ambiente familiar poco favorable (mala relación madre-abuelos madre-tíos, ambiente descalificador de los familiares a su madre...).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Madre con patología psiquiátrica (t. mixto de la personalidad, está realiza gestos autolíticos delante del chico).
- Tendencias abandonicas con el chico.
- Ambiente familiar en el que se consume tóxicos.

En un primer momento se cree que puede ser este ambiente el que este empeorando el estado.

A la hora de catalogar los diversos síntomas que va presentando el chico, alteraciones de conducta, ánimo depresivo, la adicción a diversas sustancias... no solo debemos prestar atención a la frecuencia o intensidad con la que aparecen sino que hay que evaluar la capacidad del paciente para afrontar los problemas a los que se enfrenta, ya que según sus habilidades le va a permitir poder superarlos de una forma más adecuada y con un menor sufrimiento tanto para el paciente como para su entorno<sup>4</sup>, en el caso del nuestro vemos que estos mecanismo de afrontamiento, ya bien por lo aprendido en su medio, sus propios mecanismo innatos o una combinación de ambos no es el adecuado. De lo observado por los diferentes especialistas podemos obtener que ve el mundo desde una perspectiva negativa, teniendo al aislamiento y al bloqueo de las emociones lo que hace que en las entrevistas con el paciente sean dificultosas ya que es complicado crear una relación terapéutica y así poder evaluarlo de forma correcta.

Si seguimos la evolución del caso vemos como es diagnosticado de trastorno oposicionista desafiante debido a las alteraciones de conducta en domicilio debido a la evolución, irritabilidad, bajo ánimo que muestra se diagnostica de trastorno adaptativo ya que se considera que el ánimo del chico esta relacionado con el ambiente en el que vive. Tras la persistencia del cuadro de bajo ánimo y conductas oposicionista del infante se diagnostica trastorno depresivo mayor, siempre dejando presentes las condiciones desfavorables de su desarrollo y cuidado. Podríamos pensar que el diagnostico de trastorno depresivo mayor tiene menos peso cuando en 2013 al salir del chico del ambiente en el que se encuentra se realiza una breve mejoría. Al no llegar a mejorar completamente podemos seguir pensando en un trastorno depresivo mayor ya que persiste el ánimo bajo, apatía, cumple criterio temporal, se descartan en este momento otros factores como consumo de sustancias y orgánicos y es algo que afecta a la vida del chico de manera negativa, y por otra parte podemos empezar a sospechar la existencias de rasgos disfuncionales de personalidad debido a las fluctuaciones en el estado de ánimo del chico y las actitudes oposicionistas que se mantienen. Como vemos en la evolución hay momentos en los que se mencionan los rasgos psicopáticos como algo a seguir observando, si bien por los ingresos en UHBIJ en los que parece mostrar empatía es algo que parece incongruente en principio vemos como en los últimos ingresos en la UHB de adultos es algo que vuelven a

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

tener en cuenta al diagnosticar un trastorno de personalidad cluster B. En la UHB es un paciente que presenta dudas en cuanto al diagnóstico debido a que la falta de resonancia afectiva que mostrar en planta podría deberse al historial de falta de vinculación y apego del menor en su infancia, también es algo llamativo en los trastornos de personalidad tipo antisocial. No debemos olvidar que en la última etapa de desarrollo del menor se incluyen el consumo de tóxicos haciendo más complicado el seguimiento y diagnóstico de este paciente al que se le suma clínica psicótica a estudio<sup>5</sup>.

### **CONCLUSIÓN**

Después de analizar este caso es evidente que los diagnósticos que se realizan en la infancia y adolescencia vemos como evolucionan con el crecimiento del paciente y las diferentes etapas que va atravesando junto con el entorno en el que desarrolla.

Además observamos como su evolución dependen en gran medida del ambiente en el que menor crezca y las relaciones que sea capaz de entablar en este proceso. No debemos olvidar que los menores aprenden sobre la forma de interactuar y de afrontar las diversas situaciones que nos encontramos en la vida de sus figuras de autoridad y personas adultas de su entorno y esto va a marcar de manera importante su forma de actuar a lo largo de su vida y si bien en las etapas tempranas de la vida puede ser modificable con esfuerzo conforme se vayan estableciendo estos patrones disfuncionales en su personalidad serán más complicados de moldear pudiendo desencadenar en trastornos de la personalidad importantes. En este caso además vemos la importancia de la carga genética en los trastornos psiquiátricos dados los antecedentes descritos en madre (trastorno de personalidad) y tío materno (trastorno depresivo y uso de sustancias) y del padre (uso de sustancias).

Finalmente decir que seguiremos el desarrollo de este chico, que impresiona de mal pronóstico debido al temprano inicio y evolución de la clínica sumado al poco soporte social y consumo de tóxicos.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

### BIBLIOGRAFÍA

1. 1. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Pediatría Atención Primaria*. 2010;12:s93-s106. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322010000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Accessed April 23, 2020.
2. 2. World Health Organization. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders*. (World Health Organization, ed.). Geneva; 2003. doi:10.1007/978-1-4419-0284-9\_21
3. 3. Ballesteros Alcalde MC, Imaz Broncero C GUS. Psicopatología de la predelincuencia y la delincuencia. *Rev Psiquiatr Infant Juv*. 2010;27(2):125-126.
4. 4. AEPNYA. *Manula de Psiquiatría Del Niño y Del Adolescente*. (Soutullo Esperon, C Mardomingo Sanz M., ed.). Panamericana; 2010.
5. 5. World Health Organization. *Clasificación Multiaxial de Los Trastornos Psiquiátricos En Niños y Adolescentes: Clasificación de La CIE-10 de Los Trastronos Mentales y El Comportamiento En Niños y Adolescentes*. Madrid, España: Panamericana; 2001.