

Pautas para el diagnóstico y tratamiento de un trastorno que afecta a un porcentaje significativo de jóvenes y adolescentes.



Adolescentes y deprimidos

José Carlos Mingote y Pilar Gómez
Psiquiatra del Hospital "Doce de Octubre" (Madrid) y Periodista.

Victoria tiene 17 años, una mirada inteligente y atractiva. Acude a consulta por una depresión mayor de dos años de evolución, resistente a varios tratamientos, aunque con el último parece que se encuentra mejor. Cuando enfermó, perdió el apetito y adelgazó doce kilos en dos meses. Lloraba con facilidad, sentía náuseas y vomitaba con frecuencia; también se encontraba irritable, malhumorada y sufría dolores de cabeza, apatía y desgana para todo. No quería hablar con nadie ni podía estudiar ni divertirse como antes. No sabía qué le pasaba, pero se sentía desvalorizada, culpable por sentirse mal, como una carga y un estorbo para su familia. Aunque se esforzaba por levantarse cada mañana e ir a clase, no podía concentrarse, no descansaba bien... Imaginaba que nunca se curaría del todo y ocultaba todo a sus familiares. Victoria no conocía a nadie a quien le pasara algo parecido a ella, ni en su familia existía ningún caso de depresión.

Cuatro de cada diez adolescentes experimentan cambios transitorios de humor vinculados con situaciones estresantes y cambios hormonales. Entre un 5 y un 6% de ellos pueden padecer un síndrome ansioso o depresivo y hasta en tres de cada cien se puede detectar un trastorno depresivo, una depresión mayor, o una distimia (comparte síntomas de la anterior, pero de forma más leve y persistente, durante periodos de varios años, más de dos, sin que el paciente esté libre de ellos más de dos meses seguidos).

1. La etapa de los cambios

La adolescencia es una fase del ciclo vital que se inicia con la pubertad, periodo de maduración sexual, y que da paso a la adultez, cuando la persona asume las funciones sociales básicas de constituir una familia y de producción económica. Es la edad transicional, o de paso, desde una perspectiva psicológica que ha de estudiarse por sus relaciones con la fase precedente (infancia) y la consecuente (adultez) así como por las características que le son propias.

Supone una serie de cambios tan importantes como estos:

- Crisis de identidad previa a la consolidación de la estructura de la personalidad. Mayor vulnerabilidad al estrés e inestabilidad emocional.
- Alteraciones en el control de los impulsos y tendencia a presentar reacciones en cortocircuito con frecuentes alteraciones del comportamiento y facilidad para las conductas de riesgo.
- Cuestionamiento de los valores y de las normas morales previas, desde la heteronomía hacia la autonomía ética personal.

Este es el momento de mayor vulnerabilidad del sujeto, por no tener un sustento en las normas de la infancia y no tener otras propias que le sirvan en esta etapa. Los adolescentes viven también tensión familiar porque, por un lado, quieren libertad pero, por otro, necesitan que alguien les oriente, les ofrezca seguridad y protección. De ahí la importancia de que los padres actualicen sus patrones educativos y su comprensión de lo que está sucediendo con su hijo o con su hija.

2. La depresión

Los trastornos mentales del estado de ánimo se encuentran entre los más comunes y el riesgo de padecerlos crece en todo el mundo. Se acepta que las personas que padecen depresión sufren un trastorno del estado de ánimo unipolar, aunque existe una consistente evidencia científica de que la depresión es mucho más que una mera alteración del estado de ánimo: se trata de un trastorno médico-psicológico o psicobiológico complejo que afecta a todo el organismo, desde el sistema nervioso central hasta el endocrino, el inmunológico y el cardiovascular, entre otros.

Como sucede en los adultos, la depresión del estado de ánimo puede ser un síntoma (tristeza o humor depresivo) o un conjunto de síntomas depresivos y una enfermedad (conjunto de características clínicas asociadas con un deterioro funcional significativo). La edad promedio de aparición para el trastorno depresivo mayor es de los veinticinco a los veintinueve años, aunque desde comienzos del siglo XX esta edad parece ir disminuyendo, al tiempo que la incidencia de la depresión y la tasa de suicidio aumentan de forma regular. Un estudio realizado en cinco ciudades de Estados Unidos en 1989 constataba el riesgo creciente del desarrollo de depresión entre los nacidos a partir de 1955: seis de cada cien se habían deprimido antes de cumplir los 24 años, mientras que entre los nacidos antes de 1905 sólo uno de cada cien se había deprimido a los 75 años.

3. La depresión en el adolescente

Más de un 40% de jóvenes pueden experimentar cambios transitorios del humor relacionados con situaciones estresantes y fluctuaciones hormonales. Entre un 5 y un 6% de adolescentes pueden padecer un síndrome ansioso-depresivo y en un 1-3% se puede detectar un trastorno depresivo, sea una distimia o una depresión mayor.



Los criterios de depresión mayor en la infancia y la adolescencia son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. Se siente triste, vacío e irritable.
- Pérdida o aumento de peso.
- Pérdida de interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades.
- Insomnio o hipersomnias cada día.
- Agitación o ralentización psicomotrices casi cada día.
- Fatiga o pérdida de energía a diario.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos casi a diario.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse (fracaso escolar), indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o tentativa de suicidio.

Estos síntomas o al menos cinco de los expuestos tienen que estar presentes durante al menos dos semanas.

4. A quiénes afecta

La prevalencia de depresión mayor en adolescentes es de un 3% y de entre el 0,5% y el 1% en niños de edad escolar. Los estudios destacan la tendencia a un aumento de esta patología en la adolescencia, sobre todo entre las chicas. Las mujeres presentan al menos un riesgo doble de padecer depresión mayor y trastornos de ansiedad, aunque no está claro el mecanismo bioquímico que explique estas diferencias, así como la mayor sensibilidad al estrés del sexo femenino.

Los hijos de padres con trastornos afectivos, depresión mayor en particular, tienen un elevado riesgo (de tres a siete veces mayor) de presentar síntomas de esta patología. Un análisis sugiere que en las familias con una elevada densidad de trastornos afectivos se da también entre sus miembros un mayor riesgo de exposiciones a acontecimientos vitales estresantes, quizás como consecuencia de un medio familiar más conflictivo y por un deficiente apoyo familiar.

La depresión es una enfermedad médico-psicológica como otra cualquiera que puede afectar a cualquier persona, según se den o no la acumulación de los suficientes factores de riesgo y se carezca de los necesarios factores de protección para padecerla. Los principales factores de riesgo conocidos en la actualidad para el desarrollo de depresión son dos: antecedentes familiares depresivos e hipersecreción de cortisol y de dehidroepiandrosterona.



5. El entorno

Los estudios disponibles en la actualidad sugieren diferencias entre la depresión prepuberal y la postpuberal. La primera parece estar más unida a ambientes conflictivos, mientras que la posterior puede explicarse mejor por una interacción entre varios factores, tanto genéticos como ambientales. Por otra parte, la depresión prepuberal constituye un elemento de riesgo para padecer problemas de ajuste a lo largo de la vida, mientras que la depresión adolescente predice episodios depresivos recurrentes posteriores. El hecho de que los hijos de padres deprimidos puedan ser más vulnerables a desarrollar trastornos efectivos se puede explicar en parte por factores ambientales como las peores relaciones familiares, vínculos de apego inestables e inseguros; mayor hostilidad, menor apoyo emocional de los padres y una autonomía personal deficitaria.

Entre las características individuales extraídas de los estudios del niño y del adolescente depresivo se encuentran el temperamento difícil, la inhibición social y la afectividad negativa. Los

análisis han constatado igualmente que el predominio de aislamiento social, con un estilo de afrontamiento rumiativo, pasivo y evitativo se asocia con niveles elevados de psicopatología posterior, en especial de trastornos depresivos en las adolescentes de sexo femenino, así como de agresión y depresión en los jóvenes varones.

En cuanto a las características de personalidad asociadas con depresión, se ha destacado la representación de la personalidad dependiente y autocrítica (asociada a sentimientos de culpa y desvalorización personal) como factores de riesgo para desarrollar sobre todo durante periodos de estrés.

Los motivos de que las adolescentes sufran más la depresión que los jóvenes varones son (aparte de los biológicos) las diferencias de género en el proceso de socialización, con mayores trabas a su autonomía e independencia personal, a la vez que se las estimula a ser más controladas y con más tendencia a mantener para sí sus emociones negativas.

6. Manifestaciones

Hasta hace poco se suponía, de forma equivocada, que sería difícil que los niños llegaran a deprimirse, a pesar de que la mayoría de los estudios indican que:

los trastornos del estado de ánimo son básicamente similares en niños y adultos; aunque las manifestaciones clínicas de la depresión cambian con la edad.

La depresión se muestra de forma diferente según la edad del niño o adolescente.

- La patología de inicio en la infancia suele presentarse con síntomas somáticos como dolores y molestias diversas, náuseas y malestar general.
- Los adolescentes con edades comprendidas entre los doce y los dieciséis años presentan con frecuencia cogniciones negativas de impotencia y desesperanza, así como incapacidad para experimentar placer.



- En los niños preescolares deprimidos predominan las quejas somáticas, las conductas agresivas y la inquietud o agitación psicomotora, así como los síntomas de ansiedad de separación y las fobias.
- En los adolescentes, en cambio, pueden iniciar los síntomas de anhedonia, hipersomnia, pérdida o aumento de peso, desesperanza o intentos graves de suicidio.

La historia natural de un primer episodio mayor en niños y en personas jóvenes es muy variable, desde la recuperación espontánea hasta la recurrencia (alrededor del 60%) y la cronificación (en el 30% de los casos) con continuidad de la depresión en la edad adulta.

También es en la adolescencia cuando pueden aparecer síntomas del trastorno bipolar (que cumpliría los criterios de la depresión mayor) unidos normalmente a episodios maníacos o hipomaníacos. Para el estado maníaco se requiere que exista un estado del ánimo anormal y persistentemente eleva-

do, expansivo o irritable, que dure al menos una semana, y tres o más de los siguientes síntomas: autoestima elevada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, hablar más de lo normal, fuga de ideas, distraibilidad, experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado...

Más de la mitad (entre el 50 y el 80%) de adolescentes con depresión presentan otro trastorno asociado: en uno de cada dos casos son trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos en dos de cada diez y trastornos disociados en tres de cada diez.

7. Trastornos relacionados con la depresión

Los estudios demuestran que los adolescentes con depresión mayor presentan una alta probabilidad de padecer otros trastornos psiquiátricos entre los que destacan los de ansiedad y fobia escolar en especial (33-65%), los trastornos de conducta (20-37%) y la distimia (25-50%). Los pacientes con depresión y ansiedad presentan trastornos más graves y prolongados que quienes

padecen sólo depresión mayor.

Los niños con trastornos de ansiedad tienen un riesgo significativo de padecer una depresión posterior. La ansiedad es un precursor significativo de la depresión. Los niños deprimidos y con problemas de conducta tienen peor evolución clínica y a corto y largo plazo, con más intentos de suicidio y mayores tasas de criminalidad adulta.

Los escolares distímicos tienen frecuentes trastornos de conducta y trastornos depresivos mayores posteriores. Más tarde sufren un deterioro de sus relaciones sociales.

Los adolescentes deprimidos suelen tener asociados trastornos de conducta, mientras que las jóvenes presentan con más frecuencia trastornos de la conducta alimentaria.

8. Prevención del suicidio

Resulta especialmente dramático el aumento de la tasa de muerte por suicidio entre los adolescentes occidentales en los últimos años. De 1960 a 1988, esta cifra pasó de 3,6 a 11,3 por cada 100.000 habitantes, un aumento del 200% que contrasta con el incremento del 17% de la población general. El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre adolescentes, después de los accidentes de tráfico y los homicidios, sobre todo en los Estados Unidos y en los países europeos más ricos. Entre adoles-

centes, los estudios demuestran que entre un 16 y un 30% de los jóvenes estudiados pensaron en suicidarse, que es el primer paso del peligroso camino del suicidio. Por ello, los profesionales de la salud deben tomar muy en serio los pensamientos de suicidio.

En adolescentes, el comportamiento suicida expresa la existencia de una depresión grave, de abuso de bebidas alcohólicas y de otras drogas, así como de trastornos de conductas.

Los padres, profesores y pediatras pueden ayudar a prevenir el suicidio, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Reconocimiento de los cambios del comportamiento que preceden a la conducta suicida.
- Escuchar al adolescente con respeto y tener en cuenta



La conducta suicida es un fenómeno complejo y multifactorial, que no sólo está relacionado con la existencia de varios trastornos mentales graves

(depresión, esquizofrenia, alcoholismo,...) sino también con factores familiares, sociales y de algunas características de personalidad.

sus opiniones.

- Tomar en serio sus amenazas suicidas.
- Tratar de persuadir al adolescente y a sus padres de que consulten al especialista.
- Movilizar a otras personas del colegio (amigos, profesores...) para que traten de contenerle y orientarle.

9. Tratamiento

En la actualidad existe la consistente evidencia científica de que los tratamientos farmacológicos y psicológicos son efectivos en el tratamiento de los trastornos depresivos en adultos, en niños y adolescentes. El médico es quien debe indicar la duración y la dosis del tratamiento farmacológico, así como su abandono progresivo. Sólo uno de cada diez de los enfermos con depresión se trata adecuadamente. Uno de cada cuatro de los pacientes interrumpe el tratamiento antidepresivo de forma prematura.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, es frecuente que los niños y los adolescentes depresivos estén enfermos durante demasiado tiempo (meses e incluso años) antes de que se

les envíe a la consulta de un psiquiatra. Durante este periodo de tiempo, el joven puede recurrir a estupefacientes, sufrir dificultades académicas, intentos de suicidio... Por este motivo, esta parte del tratamiento es importante.

Un aspecto destacado en el tratamiento psicológico del niño o adolescente como componente de una estructura familiar es facilitar el compromiso y colaboración de los padres, para que estos comprendan las dificultades del joven. La implicación e información de los padres del desarrollo del adolescente y de las causas específicas que pueden estar reforzando la psicopatología depresiva tienen un carácter terapéutico en sí. Los padres

comprenden y el joven se siente entendido, escuchado y valorado.

Los padres y los hijos deben estar adecuadamente informados de la enfermedad que padecen, así como del proceso del tratamiento, según un plan acordado conjuntamente. También pueden ser conveniente informar en el centro educativo y a los mejores amigos del joven para minimizar y o neutralizar el impacto negativo de la depresión en el ámbito social y académico del adolescente deprimido. Existen publicaciones específicas para facilitar la detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. ■