

LAS DEPRESIONES EN LA ADOLESCENCIA.

Autores:

Dra. Ana María Alle M.P.Nº 16.648/6

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 7831

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12354

Experta en Violencia y Abuso Sexual Infantojuvenil M.E.Nº 264

Dr. Ricardo Castro Bourdichon M.P.Nº 12.759/9

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 3887

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12400

"... A la serenidad y a la confianza [del niño] han sucedido la inquietud y el desconcierto. Ya no le sirven para nada las respuestas de la infancia al problema del mundo y la conducta. Una transformación total, un vuelco para él inexplicable, amenazan comprometer los fundamentos mismos de la personalidad. Signos misteriosos aparecen en las cosas; los rostros más familiares presentan una expresión inesperada, y en medio de la turbación de tal viraje, cuando hasta el mismo suelo parece huir bajo los pies, fuerza le es todavía responder a nuevas solicitaciones y a nuevas exigencias.

"El adolescente se desprende del niño en el momento mismo en que se inicia ese drama. Quien no lo haya sentido conservará a lo largo de su vida el mismo puerilismo mental de los once años; quien no lo haya resuelto, arrastrará también, y para siempre, la secreta angustia de un conflicto en latencia. No se alcanzan, en efecto, los años venturosos del final de la adolescencia sino a costa de una larga iniciación dolorosísima. Como aquellos navíos del cuento de Kipling que sólo adquieren un alma después de haber vencido una tormenta"

Aníbal Ponce. Ambición y Angustia en el Adolescente

La depresión puede presentarse como síndrome o bien como síntoma acompañante de diferentes cuadros clínicos y aparecer a distintas edades. El estado patológico existe cuando hay una exageración en la reacción emocional en cualquiera de los dos sentidos pudiéndose presentar solo una fase: las depresiones son entonces manifestaciones de descensos emocionales y los estados maníacos, expresión de ascensos emocionales. En la depresión los factores negativos de las emociones y sentimientos se convierten en un estado mental permanente. Estar deprimido significa carecer de la capacidad de pasar naturalmente a una emoción o sentimiento positivo como sentirse feliz o contento. El sujeto permanece hundido en un estado emocional negativo como la infelicidad o la melancolía. Suele reducirse su rendimiento intelectual y físico. Presenta fatigabilidad, desgano, apatía, indiferencia, abulia y preocupaciones hipocondríacas. Todos estos cuadros van acompañados por lo general de un marcado *quantum* de ansiedad .

De La CLÍNICA

Resumiremos la sintomatología en:

1. Síntomas emocionales: tristeza vital, pesimismo, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, apatía, embotamiento afectivo y otros.
2. Síntomas cognitivos: enlentecimiento psíquico, déficit de atención y concentración, baja autoestima, rumiaciones, ideas de culpa, hipocondría y ruina, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, etc.
3. Síntomas conductuales: agitación o inhibición, conductas autodestructivas, aislamiento, deterioro en sus funciones, pobreza comunicativa, dificultades interpersonales, disminución del apetito oral y sexual, etc.
4. Síntomas somáticos: de los ritmos vitales, disfunciones neurovegetativas, etc.

Si bien hay coincidencias con las depresiones en adultos, no se pueden aplicar puntos de vista comunes como base para el estudio de estos estados en la adolescencia. Sus posibilidades de conflicto se amplían pudiendo surgir en diversas áreas, expresando sintomatología que puede llevar a hipótesis diagnósticas erradas de aparente gravedad. Por otra parte, también fundamentándose en las características de la adolescencia, se puede incurrir en minimizar o no discriminar sintomatología psicopatológica que puede evolucionar con graves consecuencias como los Trastornos de Personalidad diversos, o Trastornos Afectivos que terminan en suicidios.

En algunos casos el adolescente es asistido desde la infancia por su médico pediatra, o bien por el médico general de la familia. En general ha sido asistido desde niño por diferentes profesionales y no mantiene uno de referencia. Lo importante es que se asuma claramente quién será su médico clínico atendiendo su período evolutivo, es conveniente que esta transición sea encarada con su participación, la de los responsables familiares y el médico que los asiste y se resuelva según las características de cada caso en particular. En ocasiones, por otras circunstancias, pueden ser los ginecólogos los que deban intervenir al detectar los indicadores de depresión en las jóvenes.

El médico general o pediatra, que conoce a sus pacientes por su relación continuada en el tiempo, goza de una posición de privilegio para poder detectar precozmente la depresión en su consulta. La situación actual de pandemia por COVID 19 dadas las medidas que se tomaron en forma preventiva, ha generado tanto un aumento como el agravamiento de cuadros psicopatológicos ya existentes.

Entre muchos trastornos reactivos, estados depresivos en particular en los adolescentes, quienes vieron muy afectada su socialización, así como las actividades fundamentales para la construcción de su identidad, de valor esencial en esta etapa.

En el acto médico es imprescindible

- Establecer una relación de empatía, en la que prime la aceptación y confianza
- Realizar el acto médico en un ambiente tranquilo, que asegure la privacidad.
- Demostrar el interés a través de la atención necesaria y el tiempo adecuado.
- Realizar la exploración física completa
- Mostrar interés por los aspectos de la vida emocional del paciente
- Valorizar todas las quejas que el paciente presenta

Es comúnmente aceptado que al menos una de cada cinco consultas que efectúa el médico general se realiza por una persona que presenta SÍNTOMAS mentales y del comportamiento, y que entre un 20 y un 25 por ciento de la población general los sufre en algún momento de su vida. De ellos, no más del 20 por ciento presentarían trastornos afectivos.

Decimos SÍNTOMAS, porque a esta edad las expresiones NO necesariamente son Patológicas.

Documentación que forma parte del programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO) que la OMS lanzó en 1999, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio plantea que “en ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales” ... “La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen

suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra. En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor. El suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. **Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio**".

Este diagnosticar y tratar necesita ser aclarado a fin de no inducir erróneamente a los médicos a abordar de modo insuficiente una problemática muy delicada y de riesgo.

La realidad de la formación de los médicos en nuestro país en general no brinda preparación ni teórica ni práctica en la actualidad, que permita incursionar a los médicos en el área psicoterapéutica ni psicofarmacológica en cuadros psicopatológicos, salvo en las especialidades médicas de Psiquiatría/Psiquiatría Infantojuvenil.

En la adolescencia puede el médico general o especializado en pediatría descartar enfermedades médicas que pudieran producir estados depresivos, puede controlar la evolución atendiendo problemas comunes de la edad si ha adquirido conocimientos en desarrollo evolutivo que incluyan lo psicológico, podría detectar riesgo suicida adquiriendo conocimientos y práctica en entrevistas con adolescentes, pero el diagnóstico de cuadros psicopatológicos requiere formación especializada.

Cómo Aparece LA CONSULTA.

Por propia iniciativa

Suele suceder, SOBRETUDO EN ADOLESCENTES, que el paciente consulte por sintomatología que, él mismo, atribuye a patología orgánica y que sin embargo forma parte del cortejo depresivo.

Por iniciativa familiar

El enfermo es presionado para acudir al médico por sus familiares, ante actitudes y comportamientos que interpretan como no lógicos y cuyas consecuencias afectan no solo al sujeto, si no a la familia. A veces, incluso, el primer contacto se efectúa entre el médico y los familiares en ausencia del enfermo, ante el rechazo de éste a aceptar la existencia misma del problema médico. **Por consecuencia de sus actos**

En estos casos se recurre al médico por las consecuencias de las actitudes del enfermo bajo el efecto de la depresión, como conductas de autoabandono, abuso de tóxicos, irritabilidad, etc.

Incluso por consecuencia de tentativas suicidas, actos frustrados o autolesiones, y conductas de riesgo, de motivación hasta entonces no conocida.

Por cualquier motivo no relacionado con la depresión

Al médico general acuden los pacientes por cualquier motivo relacionado con su salud, sin relación alguna con la depresión. Esa es su gran ventaja, puesto que, por uno u otro motivo, sus pacientes acudirán a consulta, y puede aprovecharse la ocasión para indagar posibles trastornos afectivos que no le han sido consultados, ante su mera sospecha.

Buscamos especialmente:

1. Antecedentes familiares:

- Depresión, especialmente en familiares de primer grado.
- Intentos y suicidios consumados, alcoholismo y otras toxicomanías, otras enfermedades psiquiátricas.
- Existencia de distintos tipos de violencia

Los antecedentes suelen ser encubiertos por los familiares, sobre todo los actos suicidas, por lo que tiene especial valor la constatación de antecedentes familiares conocidos, siendo menos valorable su inexistencia.

2. Antecedentes personales:

- Episodios depresivos previos.
- Conductas autolesivas y de riesgo.
- Consumo de fármacos, alcohol y otras sustancias de abuso.
- Malos tratos en la infancia, historia de abusos psicofísicos.

• **Personalidad previa:**

Los rasgos que más habitualmente se han asociado con la personalidad depresiva son la introversión, el perfeccionismo, la dependencia, la obsesividad, una pobre autoestima e inhibición social.

• **Datos biográficos:**

Interesan los datos que nos orientan de variaciones significativas en su biografía, previas a la aparición de la depresión, como pérdida de seres queridos, cambios en su situación escolar o económica, en su estatus social, rol familiar, etc.

No olvidar que, además de la depresión, el enfermo puede tener una enfermedad somática anterior, coincidente o posterior al curso clínico de la misma, que ambos procesos necesitarán tratamiento y que en su evolución ambas estarán fuertemente interrelacionadas.

Suele ser cierta la expresión que afirma que "cuanto más rica y variada es la sintomatología del enfermo menos posibilidades tiene de ser orgánico", ayudan para efectuar el diagnóstico diferencial otra serie de características como:

- Incongruencia en la sintomatología.
- Calidad atípica de los síntomas: "es como si...".
- Terminología inusual para su descripción.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades somáticas:

- Endocrinopatías: hipo o hipertiroidismo, paratiroidismo, Adisson, Cushing, Conn, diabetes mellitus...
- Infecciosas: influenzae, hepatitis, neumonía, mononucleosis, tifoidea, brucelosis...
- Neoplasias: tumores cerebrales, cáncer de páncreas, linfoma, síndrome carcinoide...
- Otras: Lupus, Sida, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, gota, psoriasis.

Es posible observar síntomas depresivos en el curso de tratamientos con determinados fármacos. Diversos autores citan esta relación con acetazolamida, betabloqueantes, barbitúricos, citostáticos, corticoides, anticonceptivos hormonales, digitálicos, indometacina, anti h2, metildopa, metronidazol, neurolépticos, reserpina.

Debe tenerse en cuenta que en todos los casos las circunstancias de vida influyen en los diferentes desarrollos psicopatológicos

Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario determinar qué parte de la patología corresponde a:

Reacciones propias de la edad
Constitución biológica
Patología anterior modificada por la etapa adolescente
Circunstancias o experiencias previas inmediatas
Medio familiar y social, tipo de vida y experiencias
Interacción de factores

Al diagnóstico clínico psiquiátrico puede sumarse en algunos casos, la necesidad de intervención interdisciplinaria, tanto un psicólogo, con utilización de instrumentos de valoración apropiados que permitan indagar aspectos psíquicos que no siempre se expresan concientemente como un Trabajador Social en situaciones socio familiares particulares; asimismo en la adolescencia puede ser útil la intervención del psicopedagogo, cuando surgen problemas en el rendimiento académico y conflictos relacionados a su orientación profesional.

DERIVACIÓN

Las derivaciones al área de salud mental y en particular a Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil, suelen ser muy resistidas tanto por la gente en general, como por los mismos profesionales médicos. En los casos difíciles en que no hay colaboración del adolescente, se debe trabajar con los familiares a fin de informar y elaborar estrategias lo más adecuadas posibles. En todos los casos se implementará el consentimiento informado.

En los casos en que el paciente no pueda acceder a asistencia especializada en el abordaje de su cuadro psicopatológico, de todos modos y aunque la única solución sea la intervención médica clínica, se debe realizar la indicación correcta, dejando registrada la misma e informando al mismo y o su familia sobre las limitaciones del abordaje no especializado. Asimismo, se debe aclarar especialmente en qué consiste el tratamiento: Psicoterapia y Psicofarmacoterapia, dado que la utilización del término "tratamiento psicológico", confunde con la idea de que el mismo solo lo hace un psicólogo, cuando es competencia del psiquiatra que está especializado para tal fin, como del psicólogo que se haya formado especialmente en dicha práctica. Se debe tener presente, que las familias con integrantes potencialmente suicidas, suelen ser muy insatisfactorias en su dinámica, y puede ser necesaria la intervención social e incluso judicial si se detecta que no existe la protección conveniente.

INTERCONSULTA Y DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

¿Cuándo remitir un paciente?

Se plantea SI

- Manifiesta explícitamente su deseo de ir al psiquiatra
- Presenta difícil diagnóstico diferencial.
- Con cuadro clínico-psicopatológico complejo.
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico
- Grave riesgo en la valoración suicida, en pacientes con escaso apoyo familiar.
- Coexistencia de la depresión con otras patologías graves.
- Pacientes con los que el médico general se siente manipulado o inseguro

¿Cómo remitirlo?

Después de decidir la derivación de un paciente, el médico deberá:

- Tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la misma;
- Calmar su preocupación aclarando mitos y realidades en relación a la terapéutica
- Dar información básica sobre Psicoterapia y Psicofarmacoterapia ;
- Enfatizar que derivación no significa "abandono";
- Concertar una cita con el psiquiatra;
- Asignarle tiempo al paciente para después de su cita con el psiquiatra;
- Asegurarse que la relación con el paciente continúe

¿Cuándo hospitalizar un paciente?

Éstas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata:

- Pensamientos recurrentes de suicidio;
- Nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (las siguientes horas o días);
- Agitación o pánico;
- Existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

¿Cómo hospitalizar al paciente?

- No lo deje solo;
- Disponga la hospitalización;
- Disponga el traslado al hospital en ambulancia o a través de la policía;
- Informe a las autoridades pertinentes y a la familia .

TRATAMIENTO

La depresión es un factor importante en el suicidio entre los adolescente, **por lo tanto todo indicador de depresión debe alertar en este sentido**

Es importante tener presente que es un mito creer que *el paciente que habla sobre el suicidio raramente comete suicidio*, cuando en realidad, *quienes cometen suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano*. También es un mito considerar que preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar actos suicidas cuando en realidad *preguntar sobre el*

suicidio puede con frecuencia reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido.

Si bien el **preguntar y escuchar** en general tendrá efectos positivos, la profundización en temas para cuyo abordaje no se tiene conocimiento y formación especial, puede facilitar efectos desfavorables. Escuchar y aconsejar es terapéutico, pero no puede considerarse psicoterapia, al menos dentro de las distintas teorías aceptadas como efectivas.

La relación médico-paciente pone en juego el complejo mundo afectivo tanto del médico como del paciente. Todos los médicos deberían tener conocimientos básicos de técnicas de entrevistas, sus beneficios, riesgos, límites, la forma en que se pueden implicar personalmente en algunos problemas, que tengan que ver con su propia historia personal. Es importante en relación a esto, para todos los médicos, realizar experiencias de Grupos Balint, o Grupos de Reflexión y Autocuidado.

No se debe utilizar el psicofármaco como único recurso terapéutico. Los datos epidemiológicos sugieren que los antidepresivos reducen el riesgo de suicidio entre los deprimidos. Sin embargo es imprescindible tener en cuenta, que apresurarse a medicar puede borrar una sintomatología que podría permitir un abordaje psicoterapéutico correspondiente y con ello se perdería una oportunidad de intervención de gran valor en esta etapa de la vida. También apresurarse a derivar a otro profesional sin asegurar que el joven ha logrado comprender esta necesidad, puede ser negativo. Así que se debe **reforzar el establecimiento de la relación terapéutica en el vínculo médico-paciente**, tan indispensable, y sin embargo tan poco desarrollado en la actualidad, en los sistemas de salud de nuestra sociedad.

PSICOTERAPIA EN LA DEPRESIÓN

La psicoterapia es el arte del cambio y la curación a través de la relación personal entre el psicoterapeuta y el paciente. Esquemáticamente podríamos decir que es la curación por la palabra.

La psicoterapia **es un proceso basado en una relación diferente de la amistad**, no es ciencia, en el sentido de que sus resultados puedan ser matemáticamente controlados. Es un oficio que como tal se aprende, pero al mismo tiempo es un arte, porque sus resultados dependerán del que la ejecuta, y se basa en técnicas que pueden ejercitarse para ir ganando pericia en su ejecución y **tiene mucho que ver con el mundo afectivo y personalidad del psicoterapeuta.**

FARMACOTERAPIA EN LA DEPRESIÓN

En la actualidad se ha comprobado que cuando el abordaje terapéutico es interdisciplinario, la proporción de pacientes sin recurrencia es notablemente mayor.

Se impone el conocimiento del manejo diferente de la medicación en los casos de depresión, de aquellos pacientes depresivos que padecen de trastorno bipolar. En estos últimos se aconseja el uso de uno o dos anticiclantes (litio y/o anticonvulsivantes). Las drogas estabilizadoras del ánimo o anticiclantes, son aquellas que disminuyen la frecuencia y/o intensidad de los episodios maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos en pacientes hoy llamados bipolares y que no incrementan la frecuencia o severidad de alguno de los subtipos que pueden aparecer en el curso del trastorno. Los antidepresivos de elección son los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS: citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, etc.) o inhibidores de la recaptación de la dopamina (IRDS: bupropión). En cambio los clásicos tricíclicos, (imipramina, amitriptilina, etc.) que se comportan como inhibidores mixtos (múltiples o "sucios") de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, pueden precipitar más rápidamente el ciclaje maníaco (switch maníaco).

Es importante se tenga en cuenta que la Reboxetina y la Vortioxetina, desarrollos carísimos de la industria, no justifican ni efectividad ni superioridad ante los psicofarmacos previamente recomendados más arriba.

Conducta inicial.-

La indicación de un tratamiento con fármacos, deberá incluir de manera indispensable el CONSENTIMIENTO INFORMADO, que deberá ser individual, no preimpreso, con letra clara, y en términos entendibles para el paciente y su familiar responsable, no pudiendo realizarse un tratamiento farmacológico sin la autorización de este último. El consentimiento debe contemplar como es el tratamiento las recomendaciones, los efectos adversos, las interacciones medicamentosas y la experiencia que el médico tratante tiene con ese fármaco.-

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Efectos secundarios

- Trastornos gastrointestinales. Son los más frecuentes. Las náuseas se presentan en el 20 a 25 por ciento de los pacientes que reciben ISRS, especialmente en las primeras semanas de tratamiento. La diarrea es también frecuente.
- Cefaleas. Son más frecuentes en el tratamiento prolongado que a corto plazo.

Disfunciones sexuales. Los ISRS pueden producir disminución del deseo sexual, eyaculación retardada y anorgasmia, son uno de los principales problemas en el tratamiento de mantenimiento con ISRS.

- Ansiedad. Es especialmente frecuente con fluoxetina en el inicio del tratamiento. Algunos pacientes presentan acatisia con fluoxetina o sertralina.
- Insomnio. Aparece en un 10 a 15 por ciento aproximadamente de los pacientes que reciben ISRS.
- Sedación. Es menos marcada que la de los tricíclicos. Es más frecuente con fluvoxamina.
- Pérdida de peso. Es más frecuente con fluoxetina y fluvoxamina, aunque durante el tratamiento a largo plazo, este efecto suele desaparecer. Se debe evitar el empleo de fluvoxamina y fluoxetina en pacientes caquéticos.
- Anorexia. Puede aparecer con cualquier ISRS, si bien es más frecuente con fluoxetina, fluvoxamina y sertralina que con paroxetina o citalopram.
- Rash cutáneo. Aparece especialmente con fluoxetina, siendo más raro con el resto de ISRS. Cuando aparece rash cutáneo se debe retirar el tratamiento.

Interacciones

Algunas de las interacciones farmacológicas de los ISRS son comunes para todos ellos (por ejemplo, IMAO o anticoagulantes orales) en tanto que en otras existen diferencias (por ejemplo, las que dependen de la afectación de algún citocromo hepático).

BIBLIOGRAFÍA.-

1. CONFERENCE DE CONSENSUS. 1995.Troubles Dépressifs chez l'enfant.Fed.Franc.de Psych.
2. GALLEGO IBORRA Ana y otros.2020. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia
3. MARCELLI D. 1999.Entretien avec l'adolescent et son évaluation.Enc.Med.Chir. Psych (Elsevier Paris).37-213-A-10.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.GINEBRA. 2000. Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. WHO/MNH/MBD/00.1Original: InglésDistr.: General
5. SCHIFF Rosa, BOSCHETTO Hebe. 1971. Depresión en la Adolescencia. Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia, Anales CEAM, Reca Telma y col. Argentina, Ed. CEAM, pp 165-180
6. VANTALONV.LECENDREUX M, MOUREN. 2002. Simeoni, Mc.Indications des traitements psychotropes chez l'enfant Encycl Méd Chir Psychiatrie (Elsevier-Paris) 37- 209-A-2002.