

sólo servirá para constatar lo que pondrá en evidencia el examen psiquiátrico, por lo que se considera más pertinente utilizarlo en los cuadros de inicio de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, éste debe contemplarse como un programa terapéutico en el que se conjuguen varios elementos: la forma y gravedad del episodio depresivo; la funcionalidad del adolescente en su medio y actividades; la conciencia de la enfermedad y su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares de su mente. De igual manera, contribuyen la coherencia y solidez de la familia como apoyo; el grupo de pares y los elementos de la red social: escuela, clubes, equipos deportivos, religión, etcétera.

Cuando se trata, como en el caso del paciente del artículo de referencia, de una persona con riesgo suicida o destructivo, deben considerarse, antes que nada, las medidas correspondientes a la protección de su vida, o a protegerlo del daño que pueda ocasionar. Esto suele lograrse con un esquema de vigilancia en su escenario de vida o con la hospitalización.

En general, se sabe que los tratamientos farmacológicos que funcionan con adultos, son menos efectivos para el tratamiento del adolescente menor a los 17 años en promedio. Actualmente, el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina y la sertralina, comienzan a utilizarse en adolescentes, pero por lo general, su uso es de empleo delicado. También se ha intentado usar el carbonato de litio para aumentar el efecto de los antidepresivos tricíclicos, con algunos resultados positivos, particularmente cuando hay antecedentes familiares de enfermedad bipolar.

Actualmente se considera que las terapias psicológicas constituyen el instrumento más eficaz en el tratamiento de las depresiones en los adolescentes y, combinadas con el uso de fármacos (de acuerdo con la valoración y criterio del tratante), representan un instrumento terapéutico indispensable en el avance de la mejoría del adolescente deprimido.

VI. Actividades

El siguiente cuestionario se puede aplicar de manera inmediata después de la lectura del artículo y del contenido de esta guía, de manera que los alumnos puedan ubicar las diferentes sintomatologías (manifestaciones clínicas); determinar de manera hipotética las posibles causas de la depresión del paciente y un posible desenlace de su situación, tomando en cuenta el diagnóstico médico descrito y el tratamiento prescrito.

1. ¿Por qué crees que los adultos no suelen dar importancia a ciertas señales típicas del adolescente deprimido? Describe alguna situación (real o hipotética) que ejemplifique esta situación.
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del paciente del artículo de referencia que nos llevan a asegurar que se encuentra deprimido?
3. ¿Es posible que dicha depresión sea momentánea debido al uso de estupefacientes o a algún trastorno clínico crónico? Justifica con argumentos tu respuesta.
4. ¿Puedes identificar en la lectura algunas causas que originen la depresión del paciente?
5. Con algunos de sus compañeros realicen por equipos un sociodrama en el que cada uno desempeñe un papel diferente en el tratamiento del paciente del artículo: uno es el médico, otros son los padres, hermanos, amigos, familiares, maestros, etc. Cada uno debe aportar ideas de cómo ayudar en el tratamiento.

VII. Bibliografía

El adolescente, Asociación Mexicana de Pediatría, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.

Goldman, Howard, *Psiquiatría general*, 5ª Edición, Ed. Manual Moderno, México, 2001.

Los profesores pueden copiar esta guía para su uso en clase. Para cualquier otro uso es necesaria la autorización por escrito del editor de la revista.

Rapelear en el Vacío: La depresión en La adolescencia

De: Eduardo Thomas
(No. 103, p. 10)

I. Relación con los temarios del bachillerato UNAM

Esta guía y el artículo de referencia pueden utilizarla maestros de educación para la salud, de biología y de psicología principalmente, dado que los textos que se incluyen a continuación apuntan a profundizar la problemática del paciente que se describe en el artículo de referencia, como un apoyo para reforzar los aspectos teóricos de las clases de dichas disciplinas.

II. ¿Qué es la depresión y cómo es el adolescente deprimido?

El término "depresión" se ha convertido en un vocablo de uso común en las conversaciones cotidianas de cualquier entorno social. Sin embargo, con mucha frecuencia se utiliza para describir situaciones de tristeza, falta de entusiasmo, pereza o frustración como experiencias de vida aisladas y transitorias. Cuando se habla de depresión como un conjunto de síntomas que se presentan juntos, se está abordando uno de los diagnósticos más comunes en la psiquiatría moderna.

Si se refiere además a la adolescencia, la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas. Como fenómeno transitorio, es común

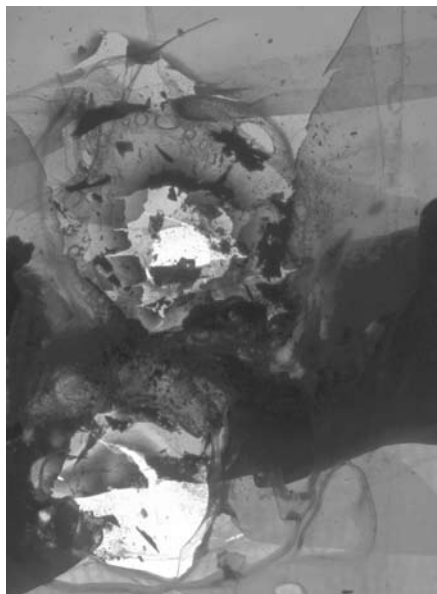
cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida. Como enfermedad psiquiátrica se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas. La adolescencia es una etapa del desarrollo de la personalidad en la que se conjugan tantos factores que se dificulta efectuar un juicio clínico acerca de su normalidad o su enfermedad. Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas que impiden una adecuada adaptación al medio, síntomas y alteración en sus funciones mentales. Sin embargo, la adolescencia es de por sí una etapa del desarrollo en la que se trastocan y se reviven los conflictos de la niñez, por esta razón es necesario sistematizar el conocimiento del desarrollo adolescente, considerar la naturaleza del proceso y los escenarios en los que se manifiestan sus conductas, para después ejercer un juicio objetivo que se pase por un filtro más fino de los criterios acerca de una psicopatología clara y precisa. Esto permite llegar a un diagnóstico y a un pronóstico, así como delinear un tratamiento que tienda a propiciar el retorno del paciente a su proceso esperado del desarrollo.

III. Las manifestaciones clínicas

La psicopatología de la adolescencia tiene muchas veces origen en la depresión infantil, misma que se recrudece y que al principio se presenta como problemas de conducta. Solamente la exploración cuidadosa de un adolescente menor ofrece la confirmación de la existencia de algunos síntomas mayores de la depresión como son el estado de ánimo depresivo; la disminución del interés o del placer en las actividades que son habituales del paciente; una pérdida o aumento considerable de peso, insomnio o hiperinsomnio; la fatiga o la pérdida de energía, los sentimientos de inutilidad o de futilidad; la capacidad disminuida de pensar o concentrarse; la incapacidad para decidir las cosas cotidianas y, finalmente, los pensamientos acerca de la muerte o el deseo de morir. En los adolescentes menores, estos síntomas están enmascarados por agitación, problemas de conducta, una rebeldía exagerada o una serie de conductas desafiantes y peligrosas, que redundan en agresiones, provocaciones, accidentes o búsqueda de ser lastimados.

En los cuadros depresivos de los escolares mayores hay cambios graduales. Ellos tienden a somatizar más sus quejas, de tal manera que su apariencia depresiva puede derivar en agitación psicomotora y, en ocasiones, en alucinaciones que pueden interpretarse como una grave depresión subyacente. Los clínicos han observado que, al ingresar a la adolescencia, la apariencia depresiva del individuo es solamente uno de los parámetros de observación y que muchas veces, los padres y los pares no reparan en la gravedad de sus observaciones hasta que se llega a los intentos o gestos suicidas.

En los adolescentes mayores la somatización de la enfermedad también se sistematiza en trastornos de la alimentación (véase Guía ¿Cómo ves? No. 64). Dicha depresión puede estar relacionada también con otros síntomas, como gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental y la incapacidad de llevar a cabo ejercicios de memoria.



En cuanto a la ansiedad, se ha visto que al menos tres cuartas partes de los pacientes con depresión primaria se refieren ansiosos, preocupados o temerosos. En la depresión agitada, la ansiedad extrema puede presentarse en forma de expresiones faciales de angustia; morderse los labios, jalarse los dedos, tocarse todo el tiempo las uñas o la ropa, retorcerse las manos; ir y venir de manera constante e incapacidad para sentarse tranquilamente. De manera contraria, la ansiedad primaria puede ser depresiva por sí sola y es por eso que el diagnóstico diferencial de ansiedad o depresión suele ser difícil de realizar, por lo que requiere de diversas entrevistas, mayor evaluación y ensayos de tratamientos.

IV. Las causas principales

Hay tres líneas de investigación o modelos acerca de las depresiones mayores, cuyos conceptos pueden ser útiles para comprender las causas de la depresión en esta población de pacientes con características tan específicas. A continuación se describen de manera muy breve:

Modelo genético. Se basa en algunas evidencias de que personas vinculadas familiarmente presentan mayor tendencia a sufrir los mismos

tipos de padecimientos. Esta hipótesis se basa en tres tipos de estudios: los de gemelos y adopciones, los de agregados familiares y los de enlaces genéticos. Los resultados indican un riesgo mayor en los familiares de un paciente con depresión mayor, sobre todo mientras menor es la edad de inicio del padecimiento.

Modelo biológico. A partir del descubrimiento de la eficacia de los antidepresivos tricíclicos, vigentes desde el decenio de 1960, hasta la época actual en la que se desarrollan y prueban antidepresivos específicos, la investigación biológica ha ido de la mano con el desarrollo de la farmacología. La hipótesis principal de este modelo es que la depresión resulta de un trastorno en el sistema neuroregulador de las catecolaminas.

Modelo psicológico. Incluye principalmente las explicaciones psicodinámicas del individuo, de manera que los estudios se han enfocado en los estilos cognoscitivos, el desarrollo de la autoestima, las maneras de enfrentar las descargas emocionales o sucesos vitales traumáticos. Incluso, se ha visto que hay relación con la interacción temprana de los bebés con sus padres.

V. Diagnóstico y tratamiento

A lo largo del desarrollo de los aspectos anteriores ya se han mencionado los elementos de diagnóstico que pueden ser útiles para el tratamiento de un trastorno depresivo en los adolescentes y los mismos pueden sistematizarse en el uso, por parte de los expertos, de los instrumentos clínicos básicos en la valoración diagnóstica en psiquiatría infantil y de la adolescencia.

Lo anterior implica tomar una cuidadosa historia clínica del desarrollo del paciente. Ésta permite ubicar e integrar la información que da el propio paciente, sus padres y el médico familiar o pediatra, acerca del transcurso del desarrollo, sus vicisitudes y las maneras de enfrentarlas. Se pueden detectar antecedentes depresivos en esas descripciones, desde la historia familiar hasta las épocas en la vida del paciente.

Para hacer esta valoración deben realizarse de manera progresiva o simultánea lo siguiente:

- Un examen médico para considerar desde descompensaciones nutrimentales, metabólicas o cardiovasculares, hasta padecimientos específicos como parasitosis, infecciones crónicas, enfermedades endócrinas o inmunitarias.
- Un examen psiquiátrico que tiene como objetivo puntualizar la descripción sistematizada del funcionamiento de la personalidad del adolescente, incluyendo el riesgo suicida y el potencial destructivo en pacientes que tienden a la escenificación de sus conflictos. En este caso, el profesional debe enfocar su atención al estado de conciencia: la facilidad o dificultad para establecer el contacto y la comunicación; la rapidez y la secuencia de los procesos de pensamiento y verbalización; el contenido afectivo y su congruencia con el discurso; la presencia de alteraciones perceptuales como alucinaciones o delirios y la capacidad de verse a sí mismos; la conciencia de enfermedad y la disponibilidad para recibir ayuda.
- Un examen psicológico para medir las funciones cognoscitivas. En el caso de cuadros de depresión muy agudos, este examen

