

Estados depresivos en la adolescencia

O. Bonnot

La adolescencia es un período de vulnerabilidad psicológica y biológica para la depresión, cuya prevalencia se estima en alrededor de un 5%. La depresión del adolescente se caracteriza por la existencia de formas familiares, por un riesgo considerable de recaída en la edad adulta, riesgo de suicidio y de evolución hacia otras enfermedades mentales, en particular los trastornos bipolares. Se presentarán y comentarán los datos epidemiológicos recientes. Aunque es un trastorno con fuertes repercusiones escolares y sociales, la variabilidad de sus presentaciones clínicas y el hecho de que los médicos no las conocen lo suficiente hacen que a menudo se la ignore. Los factores de riesgo incluyen aspectos sociales y económicos, influencias genéticas y el funcionamiento psíquico del individuo, en particular las reorganizaciones conflictivas que marcan la adolescencia. Los tratamientos dan un lugar preponderante a las psicoterapias, aunque también son importantes los tratamientos farmacológicos. Siempre hay que evaluar el riesgo de suicidio.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Depresión; Adolescencia; Epidemiología; Antidepresivo serotoninérgico; Pubertad

Plan

■ Introducción: contexto psicosocial y datos epidemiológicos	1
■ Aspectos clínicos y psicopatológicos	2
Relación entre la adolescencia y la depresión.	
Dificultad del diagnóstico específico	2
Formas clínicas de las depresiones del adolescente	2
■ Comorbilidades	4
■ Valoración. Métodos de diagnóstico	4
■ Factores de riesgo y evolución	4
Factores de riesgo	4
Evolución	5
■ Tratamiento y atención	5
Tratamiento farmacológico	5
Lugar de las psicoterapias	6

■ Introducción: contexto psicosocial y datos epidemiológicos

Se define el período de la adolescencia por la edad biológica y la realidad social. Su comienzo corresponde a la edad promedio de la pubertad, que es cada vez más temprana: hoy día se sitúa alrededor de los 12 años de edad, mientras que al final del siglo XIX estaba en los 17 años. Su fin corresponde a la inserción socioprofesional que, en los países occidentales, es cada vez más tardía. Por eso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período que va de los 11 a los 24 años y los diversos estudios epidemiológicos recientes emplean dicha definición.

Algunos estudios prospectivos consideran que en 2020 la depresión se habrá vuelto la segunda causa mundial de morbilidad [1]. La prevalencia de la depresión limitada a la adolescencia es del 0,4-8,3% según los estudios; la cifra que comúnmente se admite es del 5% de la población general durante dicho período; en el niño prepúber es de sólo el 1% [2]. La prevalencia de las distimias se estima entre un 1,6-8% [3]. Aunque en la infancia la depresión afecta por igual a niños y niñas, en la adolescencia estas últimas se encuentran afectadas con mayor frecuencia, con una proporción de mujeres de 2/1 [4]. Es clásico mencionar un aumento secular de la depresión, que indica que los individuos nacidos después de 1945 presentan más a menudo un trastorno depresivo.

Aunque el suicidio no se puede superponer con la depresión, no deja de ser un riesgo evolutivo de todo episodio depresivo. Se estima que los trastornos psicopatológicos relacionados con el suicidio son en el 70% de los casos la depresión, en el 15% las psicosis y en el 2% el alcohol [5]. El suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años, lo que corresponde a 15,2 casos por 100.000 varones y 4,6 casos por 100.000 mujeres jóvenes [6]. Dicha cifra se mantiene estable desde 1980, tras haber aumentado durante el período 1960-1975 [6].

Las tentativas de suicidio (TS) no se señalan de manera sistemática, lo que hace que probablemente los datos estén subestimados. Las escasas encuestas en la población muestran que, en los Estados Unidos, entre el 7-9% de los alumnos de escuelas secundarias declara haber hecho por lo menos una tentativa de suicidio en su vida [7], proporciones similares a las que se observan en Francia [6], donde el 7% de los escolarizados de 11-19 años declara haber hecho una tentativa de suicidio (el 5% una sola vez y un 2% varias). Dicha tasa se duplica en los jóvenes de ambos sexos que se apartaron de manera precoz del sistema escolar [8].

La tentativa de suicidio entre los jóvenes es más frecuente en las mujeres que en los varones (proporción de mujeres: 2,1/1),

la ingestión de medicamentos y la flebotomía son los medios más utilizados y cerca de un 33% de los suicidas lo vuelve a intentar. La recidiva es más frecuente en los varones y los factores de riesgo son el desempleo, repetir un grado escolar, las conductas adictivas, la vida en una familia monoparental o recompuesta. En Francia, se estima que la relación TS/suicidio entre los jóvenes se acerca a 22 para los varones y a 160 para las mujeres [6].

En lo que respecta a las ideas suicidas (IS), constituyen un síntoma frecuente de estado depresivo mayor (EDM). Una encuesta estadounidense reveló en 1991 que el 26% de los varones y el 41% de las mujeres de 15-19 años habían tenido ideas suicidas en los últimos 12 meses [9]. Dichas cifras son similares a las que se observan en Francia, que dan una relación TS/IS de 4. La mitad de los adolescentes suicidas habían tenido ideas suicidas en el año que precedió a su acto.

“ Puntos fundamentales

- Las depresiones son frecuentes en la adolescencia y se reconoce una prevalencia del 5%.
- Las tentativas de suicidio entre los jóvenes se producen con mayor frecuencia en las mujeres (flebotomía o intoxicación farmacológica voluntaria), mientras que los suicidios logrados son más frecuentes en los varones y corresponden a prácticas más violentas (defenestración, ahorcamiento).
- Uno o varios antecedentes de tentativa de suicidio son un factor importante de riesgo de recidiva.
- Las tentativas de suicidio y los suicidios no se superponen con la depresión.

■ Aspectos clínicos y psicopatológicos

El diagnóstico de depresión en la adolescencia es difícil de plantear debido a las reticencias naturales para expresarse en dicho período de la vida y también a la gran variedad de formas clínicas. Se puede estimar que el 70% de las depresiones en la infancia y la adolescencia se diagnostica mal o no se diagnostica [10].

Los criterios clásicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) de la *American Psychiatric Association* [11] o de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE 10, OMS [12]) se aplican en la adolescencia, pero rara vez se encuentran de entrada y los signos de alerta suelen ser equívocos.

Relación entre la adolescencia y la depresión. Dificultad del diagnóstico específico

La problemática clínica esencial reside en la psicopatología propia de la adolescencia y sus vínculos naturales con la depresión. En este sentido, la pubertad conlleva cambios importantes en el cuerpo que llevarán a una nueva identidad corporal y psíquica, en ruptura radical con la infancia. La apropiación de esta nueva identidad por el joven, así como su reconocimiento por el entorno, constituyen la clave de la adolescencia. La vulnerabilidad para el trastorno depresivo que constatan los estudios epidemiológicos se relaciona con el trabajo psíquico de duelo y el sentimiento de pérdida que movilizan al adolescente, el cual se enfrenta esquemáticamente con una triple pérdida.

La primera es la *pérdida de la quietud corporal infantil*, interrumpida por la aparición de la pubertad, la cual modifica el cuerpo y reactiva la pulsión sexual que estaba aletargada

durante el período de latencia. Las modificaciones provocan naturalmente una *pérdida de la estabilidad de la imagen corporal*. El niño tiene un sentimiento de omnipotencia, pero los caracteres sexuales secundarios que aparecen de manera visible lo obligan a renunciar y a perder *la bisexualidad potencial*. Dichas transformaciones posibilitan el acto sexual, el incesto que en la infancia era sólo una fantasía se vuelve potencialmente realizable. La reactivación edípica que ello implica necesitará poner a distancia los objetos edípicos por el desplazamiento del deseo a otros objetos. Dicha búsqueda, a menudo ávida, de una dimensión objetual renovada, permite abrirse a las incitaciones externas y adquirir su identidad propia y definitiva. Este trabajo psíquico a veces se acompaña de pulsiones agresivas que pueden generar una culpabilidad considerable, lo que hace necesaria la instauración de un nuevo sistema de defensas, a veces mal controlado. En particular, esto provoca una reorganización entre las cargas libidinales narcisista y objetual. El individuo tiene que poder distanciarse de las imágenes de los padres para dirigir sus pulsiones agresivas y romper con la infancia; la consecuencia es un aumento de la carga libidinal narcisista y un debilitamiento de la carga objetual que pueden hacer que el adolescente se repliegue sobre sí mismo en una oscilación entre la idea de grandeza y el sentimiento de vacío. Los mecanismos psicológicos descritos se asemejan a la depresión, alrededor del tema del duelo; por eso, el adolescente puede experimentar afectos depresivos de intensidad variable, que en ciertos casos generan una verdadera depresión.

Formas clínicas de las depresiones del adolescente

La clínica y el diagnóstico de la depresión del adolescente tienen en cuenta la especificidad de ese período de la vida, describiendo, además de formas similares a las del adulto, otras que le son particulares y que requieren tratamientos psicoterapéuticos o médicos. La existencia de una forma adulta y de formas específicas es muy discutida. Algunos autores no tienen en cuenta las depresiones enmascaradas o los equivalentes depresivos. En las formas enmascaradas, las quejas somáticas se encuentran con frecuencia en primer plano (en particular las cefaleas, los trastornos digestivos o las preocupaciones corporales, que pueden ir hasta la dismorfofobia); también se encuentran los equivalentes depresivos, en los cuales no están presentes los signos clásicos de la depresión sino sólo trastornos de la conducta que tendrían una función de defensa ante los afectos depresivos. Se presentan a continuación las formas clínicas de la depresión del adolescente sobre las cuales existe un amplio consenso en Francia.

Amenaza depresiva

Se trata de una forma que se relaciona de manera típica con la problemática del adolescente. En este sentido, según Braconnier [13] habría conflicto entre la separación respecto a los objetos parentales y la nueva relación con un objeto sexual. El Yo del adolescente se siente en peligro y se percibe como desbordado, lo cual conduce a una sensación de impotencia y renuncia. Los síntomas son coherentes, puesto que se encuentra:

- la aparición progresiva pero rápida de un sentimiento de terror, de estar invadido por la tristeza, de ideas suicidas y desesperación;
- una sintomatología neurovegetativa florida relacionada con la ansiedad (palpitaciones, trastornos digestivos, disnea, etc.);
- insomnio con adormecimiento;
- irritabilidad;
- ideas de indignidad y autoacusación.

Clásicamente, se considera que los trastornos neuróticos de la infancia favorecen la emergencia de dichos síntomas. La evolución no es necesariamente depresiva, pero exige un tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465692>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465692>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)