

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

CHARACTERISTICS OF DEPRESSION IN ADOLESCENCE

Jorge Luis Chapi Mori*

Recibido: 15 de enero de 2013**Aceptado:** 16 de febrero de 2013**Resumen**

En el presente artículo se revisa la conceptualización de la depresión, el estudio de la sintomatología, diagnóstico y deslinde entre la depresión del adolescente y del adulto. Se incluye algunos datos epidemiológicos actuales de la creciente tendencia en referencia a la presencia de indicadores de depresión infantojuvenil. Asimismo se analizan tópicos referentes a las causas y consecuencias, especialmente el suicidio, en el adolescente deprimido y el efecto de ello en su entorno.

Palabras clave: Depresión, adolescencia, suicidio

Abstract

This article reviews the conceptualization of depression, the study of the symptoms, diagnosis and demarcation between adolescent depression and adult depression. It includes some current epidemiological data growing trend in reference to the presence of indicators of depression in young people. It also discusses topics relating to the causes and consequences, especially suicide in depressed adolescents and the effect on their environment.

Keywords: Depression, adolescence, suicide.

La depresión, trastorno mental de mayor prevalencia a nivel mundial y en nuestro país (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi [INSM HD – HN], 2002, 2005), suscita diversas formas de conceptualización, sin embargo se define generalmente en base a su sintomatología. Su abundante literatura ha formulado hipótesis ligadas a un estado de tristeza perdurable que puede llegar hasta el desgano de vivir. Gil (2007) refiere que se acompaña generalmente de otros dos síntomas: el sufrimiento moral y la disminución del “aliento vital”, es decir, las ganas de vivir. Dicha disminución se expresa por una apatía, anhedonia, poco interés por actividades donde existan relaciones sociales y por todo centro de interés habitual, profesional o de tiempo libre. La persona con depresión siente incapacidad, indignidad, disminución de la autoestima, con una sensación de culpabilidad, de fracaso y una visión pesimista de su futuro.

*Psicólogo egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. jorgelchm@gmail.com

Uno de los investigadores más importantes de este trastorno afectivo es Aaron Beck (Beck, 2009), considera a la depresión, no como un trastorno afectivo sino como una consecuencia directa de la tergiversación del modo de pensar y razonar del sujeto sufriente. En este sentido, la anhedonia, falta de motivación, pasividad y todos los concomitantes negativos de la depresión son manifestaciones secundarias o consecuencias de la deformación de la realidad y su interacción con ella. (Jervis, 2005).

Caballo (2002) sitúa a la depresión como un conjunto de respuestas a manera de reacción ante un estímulo estresante externo que se encuentra estrechamente ligado a la vida afectiva de la persona. Ésta podría ser como episodio único o ser parte de una cadena de episodios, que ocurre en diferentes niveles de gravedad. Cuando se suscitan estas respuestas deja libre el paso a problemas que van desde malestares leves, incluido la disforia hasta niveles en el que el sujeto pone en riesgo su propia integridad, incluida la vida.

Se encuentran muchas definiciones de la depresión sin embargo todas las posturas abrigan un factor en común, la tristeza y anhedonia, que no debe ser confundida con una tristeza normal, y es ahí donde muchos clínicos pueden tener dificultades para hacer una acertada diferenciación, sobre todo cuando se realiza tal análisis del diagnóstico diferencial en base a su causa inmediata, sustentadas en descripciones clásicas, como la depresión endógena o de factores internos (fisiológicos o psicógenos) y la depresión reactiva o neurótica, producida por factores ambientales. En ese aspecto, Galli (1994), sugirió, de forma práctica, como sinónimos a la depresión endógena, melancolía y depresión mayor, mientras a la depresión psicológica la iguala a la depresión exógena, neurótica, distimia o depresión menor. Monedero (1996) al respecto refiere que la diferencia marcada para saber si una tristeza puede ser una depresión, es considerando la repercusión que tienen las actividades cotidianas en la vida diaria y salud del sujeto, dado que tales actividades se van convirtiendo en agentes desencadenantes de su desequilibrio personal.

Pese a la amplitud conceptual de la depresión, aún no se ha tenido un deslinde teórico especializado de la depresión infantil respecto a la depresión en el adulto, empero, hoy se maneja, a grandes rasgos, este juicio diferencial principalmente en la práctica clínica, concretizados en los criterios clínicos basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV – TR (DSM IV – TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2002) y de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades – 10 (CIE – 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

La depresión en el adolescente

Los adolescentes constituyen uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos, ya que en dicha etapa se llevan a cabo procesos de cambios físico, cognitivo, afectivo y sociocultural, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, así como éxito personal y social. Además, es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

A lo largo del tiempo, en la literatura psicopatológica de la depresión, se han encontrado dificultades en la descripción de dicho trastorno en el niño y adolescente. El término depresión se utiliza tanto en el ámbito médico o psicológico como también en un sentido no clínico. Incluso cuando su uso es exclusivamente psiquiátrico o psicológico posee significados distintos, Caballed (1996) al respecto explica que:

- Puede estar referido a un estado de ánimo disfórico (Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo), que puede ser una característica de las personas jóvenes en situaciones depresógenas
- El estado disfórico, como síntoma, puede aparecer en respuesta a una pérdida, presentarse sin una razón aparente que la explique.
- La depresión como síndrome en comparación con la depresión como síntoma es un concepto que no solo incluye la disforia, ésta aparece acompañada a otros síntomas que normalmente aparecen juntos como los cambios afectivos, vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales.

Añadiendo información a lo referido, Mardomingo (1994) manifiesta que, se encuentran cuatro vertientes de la exégesis de la depresión en la infancia y adolescencia, el primero de ellos, la escuela

psicoanalítica ha negado la existencia de la depresión en la infancia basándose en la ausencia en el niño de un “súper ego” bien desarrollado. Un segundo enfoque ha sostenido que el cuadro clínico de la depresión en el niño es semejante al adulto en muchos aspectos, pero se acompaña de algunas características propias y exclusivas de la infancia. Una tercera vertiente toma asidero al sustentar que el problema básico de anteriores enfoques radica en el número de síntomas que pueden enmascarar una depresión infantil, ya que refieren que la depresión infantil debe estar abarcada en un solo conjunto con toda la psicopatología infantil. El cuarto enfoque sostiene que el cuadro clínico de la depresión en el niño y en el adolescente es semejante al del adulto, y por tanto pueden aplicarse los mismos criterios diagnósticos. Estos últimos puntos nos da pie a considerar la influencia de la comorbilidad (presencia simultánea de más de una patología) en la adolescencia, notamos que ésta dificulta, también, la conceptualización del trastorno depresivo; dado que los niños y adolescentes deprimidos acostumbran a presentar además otros desórdenes psicológicos o psiquiátricos; así mismo, la sintomatología depresiva puede ser secundaria a otro trastorno psiquiátrico previo, como por ejemplo, trastorno hiperactivo, trastornos de la conducta, trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de sustancias psicótropas, entre otras. Incluso se cree que el trastorno depresivo sería la existencia de un continuum entre la ansiedad, angustia y sintomatología depresiva.

A pesar de ciertas dificultades, para la unificación de criterios de la sintomatología depresiva en adolescentes, en la actualidad se le ha prestado mucha atención debido a los resultados exitosos de estudios poblacionales y la utilización técnicas específicas; por ello la nueva perspectiva psicopatológica del niño y adolescente sugiere no solo considerar el estado de ánimo generalizado de infelicidad y displacer en la depresión juvenil sino considerar aspectos que atañen el desarrollo propio del adolescente como el retraimiento social, baja autoestima, dificultades de concentración y aprendizaje, etc.(Wicks – Nelson, Israel & Ozores, 1997).

Según Bebbington (1988, en Pardo et al., 2004) la depresión severa se incrementa con la edad, y la depresión leve tiene alta incidencia a comienzos de la edad adulta. Asimismo refiere que la presencia de depresiones severas dependería de una pérdida paulatina de las defensas y un mayor compromiso biológico. Sin embargo, comenta que otros autores sugieren que la edad de inicio del trastorno depresivo mayor es de predominio en la adolescencia y si se realizara una historia clínica esto podría ser corroborado, teniendo en cuenta que el 4% de estos niños se suicida antes de los 25 años y un tercio de ellos realiza intentos de suicidio.

Wicks – Nelson et al. (1997) sugiere que la prevalencia (proporción de casos existentes en una población en un momento dado) mundial del trastorno depresivo unipolar en la población general oscila el 2% y el 5%. En la adolescencia existe una proporción igual entre varones y mujeres deprimidos. A partir del desarrollo puberal existe una mayor relación de mujeres deprimidas sobre los varones. Esta desproporción aumenta durante la adolescencia hasta llegar a una relación de dos veces más en mujeres que en varones.

Descripción clínica y clasificación diagnóstica

Aunque se acepta que entre niños y adolescentes existe la experimentación de tristeza, incluida la pérdida de placer, no es así cuando se trata de amalgamar las características sintomáticas (afectivos, somáticos, cognitivos y de conducta) de la depresión del adulto en el adolescente. Por ello Rutter (1986, en Polaino – Lorente, 1988) considera que se debe distinguir entre depresión como síntoma y como síndrome, la primera considera a la depresión como una forma de expresión de tristeza, pérdida de interés, de placer, que describen un estado de ánimo negativo, mientras el síndrome nos habla de un grupo de atributos en el cual a este estado negativo se añaden problemas somáticos, cognitivos y de conducta, por lo tanto en este contexto la depresión configurada como síndrome estaría adoptando la denominación de trastorno o enfermedad.

Tratando de generalizar criterios diagnósticos Caballed (1996) acota que investigaciones recientes han hallado la presencia de factores asociados con la depresión adulta, que también se cumplen en la adolescencia, como los estresores psicosociales, percepciones de autoeficacia y competencia, soporte social en cuanto la presencia o no de relaciones estables y afectivas, y género, debido a que los hombres y mujeres no reaccionan de igual manera ante situaciones estresantes. Refiere que los hombres presentan una mayor tendencia a manifestar conductas disruptivas, mientras que las mujeres presentan mayores manifestaciones de tipo depresivo. En base a lo referido por Caballed (1996), agregado a la experticia en la clínica y psicopatología infantil, el especialista de hoy nutre su información apoyándose en los criterios descriptivos del DSM IV - TR y CIE - 10. Ajustando criterios clínicos de depresión en común entre adolescentes y adultos, según el DSM IV – TR (2002) el trastorno depresivo mayor incluye los siguientes síntomas:

- Un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, según lo indica el propio sujeto o la observación externa. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso, aumento de peso en niños y adolescentes hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia diaria.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores diaria.
- Fatiga o pérdida de energía día a día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin necesidad de un plan específico para suicidarse.

Por otra parte La OMS (1992) a través de su manual CIE - 10, refiere que en los episodios depresivos la persona llega a tener pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad y cansancio exagerado. Entre las principales manifestaciones encontramos:

- La disminución de los procesos cognitivos como la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva negativa del futuro.
- Los pensamientos, actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

En ambos criterio diagnósticos la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Sin embargo en adolescentes suelen ser atípicas, siendo posible que en algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz predominen sobre la depresión. El diagnóstico de episodio depresivo requiere una duración estándar de al menos dos semanas, sin embargo según la gravedad, el tiempo puede ser relativo.

Depresión en adolescente y suicidio

En relación a las consecuencias circunscritas por la depresión, que principalmente, en su nivel más agudo y crónico, termina en suicidio, Wicks – Nelson et. al. (1997) hace referencia a esta situación argumentando que la conducta suicida no sólo incluye los suicidios consumados, sino también los intentos de suicidio e ideaciones suicidas. Y, aunque el suicidio de los adolescentes en comparación con la población adulta tenga menores índices, esta frecuencia va en aumento, y tiene más recurrencia en adolescentes que en niños. En la población adolescente la aparición de la situación suicida se encuentra muchas veces vinculada a otras patologías o características sintomatológicas, entre las que se encuentran la comorbilidad con la ansiedad, trastornos disociales, conductas agresivas e hiperactividad, entre las principales (Saldaña, 2001). Ante la creciente aparición de depresión juvenil y conducta suicida, se puede encontrar una tendencia en distintos estudios epidemiológicos en ciudades latinoamericanas, así, Perales y un grupo de investigadores en 1995 y en 1996 (INSM HD – HN, 2002) en los distritos de Lima, y contrastados en el Callao, ambas ciudades del Perú, mostraron cifras preocupantes sobre indicadores suicidas. No solo se confirman dichas

conductas, sino que muestran una tendencia generacional a incrementar. La prevalencia de deseos de morir en el adolescente fue del 29,1% en comparación con adultos y adultos mayores, lo que sugiere que, en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto, Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encuentra más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Este hecho concreto del crecimiento de casos de suicidio en adolescentes implica el manejo de un buen diagnóstico, manejo de datos epidemiológicos y planes de prevención de salud pública en la población infanto-juvenil. También es de importancia resaltar el manejo rápido en la prevención del suicidio, para ello es necesario el conocimiento de indicadores potenciales a desencadenar una conducta suicida en la población adolescente, entre los más específicos encontramos los establecidos por López, Simón y Shing (1997) y Wicks – Nelson et. al. (1997).

- Comportamiento agresivo.
- Uso de alcohol y droga.
- Comportamiento pasivo.
- Cambio en los hábitos de comer.
- Modificación en los hábitos de dormir.
- Miedo a la separación.
- Cambios en la personalidad.
- Variaciones súbitas en el estado de ánimo.
- Poco interés en el trabajo.
- Rendimiento académico y aprendizaje deficientes.
- Incapacidad para concentrarse.
- Pérdida de una persona importante.
- Autoestima baja.
- Eventos humillantes.
- Desesperación.
- Desesperanza.

La familia y su relación con la depresión adolescente

En relación a la influencia de la familia en la aparición y manejo de la depresión, Caballed (1996) explica que este comportamiento en los adolescentes está vinculado con el estilo de paternidad que se orienta en el hogar; quienes pertenecen a familias con estilos parentales no comunicativos, de negligencia o autoritarismo, son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional, en este caso los tipos de cogniciones más frecuentes son la autculpa, la etiquetación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa asociados considerablemente al estrés vivido. Asimismo en el caso de la sintomatología depresiva como expresión por causa de una disfunción familiar, el manejo de ésta se sujeta al manejo de las normas adquiridas en la convivencia, la estructura y sistema familiar, como por ejemplo, si existen o no, todos los miembros de la familia, separación, clima, y el grado de satisfacción familiar (Pardo et al., 2004).

Así también, Bandura (Bandura & Ribes, 1975) menciona que las influencias familiares y sociales que se dan dentro de las interacciones entre los miembros de estos grupos, configuran que los padres o personas mayores, sean los modeladores en la primera infancia, pues éstos a través de sus conductas de imposición y dominación configuran en los hijos pautas agresivas y de miedo, hecho que implica y se exterioriza en las actitudes hostiles y de pesimismo que se acentúa con la tristeza aprendida a lo largo de la vida.

Conclusiones

Cuando se habla e investiga sobre depresión, usualmente, se maneja la información desde el ámbito del diagnóstico, sin embargo en la práctica clínica, el establecimiento de dicho diagnóstico no siempre resulta posible, por el hecho de no manejar el criterio ecológico, es decir el entorno inmediato, familiar, comunidad, medios de información y las actitudes del afectado y sus cercanos; esta dificultad se acrecienta más aún, si quien adolece la depresión es un adolescente, ello debido a la escasa información especializada que considere la depresión del adolescente, distinto al del adulto, que puede evidenciarse en distintos aspectos de la vida, por el mismo estilo de vida y propio desarrollo adolescente. Así también, se debe remarcar que, en la sintomatología depresiva, las situaciones negativas para la salud del individuo y su entorno social inmediato, el suicidio es una de las situaciones más resaltantes que los estudios epidemiológicos, así como medios de comunicación deben otorgar a modo de información, urgentemente. En el caso del adolescente resulta crítico no sólo prevenir este desencadenamiento a quienes lo aquejan, sino en la posibilidad de establecer políticas de cambio, desde la misma comunidad, centros de educación escolar, superior, y autoridades locales, en la forma de manejar toda información referida a educación y salud, esto ampliará las posibilidades de prevención e intervención efectiva en este grupo etario vulnerable, la familia, así como en el entorno social amical, vecinal, laboral e institucional.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV – TR*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. & Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta*. México D. F.: Trillas.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment*. (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2a ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballed, J. (1996). *El niño y el adolescente: riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes.
- Galli, E. (1994). La depresión: una enfermedad médica. *Revista Médica Herediana*. 5(2) 105 – 109.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*. (4° ed.). Barcelona: Masson.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2005). *Estudio epidemiológico de salud mental fronteras 2005*. Lima: Autor.
- Jervis, G. (2005). *La depresión, dos enfoques complementarios*. Madrid: Fundamentos.
- López, M., Simón, T. & Shing, L. (1997). Intento suicida reiterado en la adolescencia. *Revista Medisan*. 1 (1), 42 – 47.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Monedero, C. (1996). *Psicopatología humana*. Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10 -Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma.
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 13 – 28.
- Polaino – Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Wicks – Nelson, R., Israel, A. & Ozores, I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.