

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Una cruz que no llega sola.

María Teresa Villafrade

(Artículo publicado en la revista "Mujer" del diario "La Tercera", Chile)

La depresión se está presentando cada vez a más temprana edad y con mayor frecuencia acompañada generalmente de otros trastornos, lo que toma por sorpresa a los padres y a la sociedad. Faltan siquiátras especializados; se abusa de los medicamentos; se abandona con frecuencia la terapia y con la incorporación de esta enfermedad al AUGE, a partir de los 15 años los pacientes son tratados bajo las mismas pautas que los adultos.

“A nosotros nos pasó lo mismo que a todos los padres: uno no se da cuenta de nada hasta que está metido en el tete”, cuenta Rosario, la mamá de una adolescente de 16 años que a los 14 empezó a causarse autolesiones y que hoy está siendo tratada por una depresión endógena con medicamentos y psicoterapia.

“Desgraciadamente, una no está pendiente porque quieres creer que tu hija es súper normal. Isabel ha sido siempre buena alumna, excelentes notas, hasta que el año pasado la vimos descontrolarse de tal manera que quedamos todos con la boca abierta: se azotaba la cabeza contra las paredes, fue algo tremendo, muy fuerte. Recién en ese momento nos dimos cuenta de lo mal que ella estaba” agrega. Todo partió hace dos años cuando la psicóloga del colegio donde la niña estudia mandó llamar a sus padres para decirles que Isabel y su más cercano grupo de amigas del mismo curso estaban haciéndose cortes en las piernas.

“Llevaban largo tiempo en eso y yo jamás vi ni noté nada aunque eso es normal, porque lo ocultan. Pensé que seguramente ella de pura ‘mona’, por copiar a las amigas, cayó en esa especie de moda fatal. La llevamos a una evaluación psicológica y la experta nos explicó que la intención de la niña no era suicidarse sino que sentir alivio de la angustia que la invadía. El mecanismo de auto-laceración opera así: buscan aliviar el dolor interno causándose un dolor externo”, explica Rosario. La sicóloga recomendó efectuar una psicoterapia principalmente con el fin de mejorar la autoestima de Isabel, pero pasaron los meses, el semestre y el año escolar, que ella finalizó con nota 6,4 y sin rastros de recaer en las autolesiones.

“Nuestro *mea culpa* es no haber seguido la sugerencia de la especialista en ese momento, por distintos motivos, falta de tiempo o el costo del tratamiento, no importa, debimos haber buscado la fórmula, porque nuestra hija de alguna manera sintió que la dejamos de lado, que no le dimos importancia. Nosotros quisimos creer que estaba bien, verlo así”, admite la mamá.

El año pasado, sin embargo, Isabel dejó de comer, volvió a cortarse y además, empezó a golpearse la cabeza contra las paredes. “Llegaba con la ropa sucia del colegio, como si se hubiera botado al suelo. Un día fuimos a comprar juntas pantalones y ella insistía en probarse los de talla 36. Yo le decía que siendo tan alta era imposible que le quedaran bien, finalmente se compró talla 38 y salió deprimida de la tienda. Mi hija es bonita, delgada, alta y se encontraba fea y gorda, yo no lo podía creer. Recordé que

estando en sexto básico tenía una compañera que era flaca como una tabla, su mamá la llevaba a castings de modelaje. Esa niñita le decía a Isabel que era potona y de alguna manera, creo que ese tipo de cosas la afectaron en su autoestima. Nuestros hijos no crecen en una isla sino en un entorno que es muy distinto al que nosotros crecimos. Resumiendo, el año pasado la llevamos al siquiatra con principio de anorexia”, relata.

El diagnóstico final fue depresión endógena agravada por una falta de control de los impulsos. “Ha sido muy difícil aceptar que tu hija consuma un antidepresivo y además, otro fármaco controlador de impulsos” (spiron).

Pero después de seis meses la noto mucho mejor, al menos ya no se viste toda de negro sino que usa ropa más colorida. Está en tercero medio y haciendo planes para el futuro, antes su vida era sólo lo que le pasaba en el momento. Cada dos meses se controla con el siquiatra y una vez a la semana va a la sesión de psicoterapia. No se trata de que ella sea más feliz en realidad sino de que aprenda a enfrentar los conflictos, a que sepa que no es malo tener un problema. A veces se larga a llorar a mares y no quiere hablar, uno tiende a desesperarse, porque la ves tan mal. En esos momentos lo único que hago es abrazarla y después de que se calma, recién ahí conversamos. Son cosas que te van enseñando en el camino los especialistas, porque es muy fácil que esta situación descontrola a toda la familia”, dice Rosario.

PEOR PRONÓSTICO

Casos como el de Isabel son cada vez más frecuentes en las consultas médicas de nuestro país, tanto privadas como públicas. La depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de tanto en tanto. La depresión es un estado de ánimo intenso que involucra tristeza, desánimo, desesperanza o desesperación; que dura semanas, meses o incluso más tiempo y que afecta la capacidad de la persona de realizar sus actividades habituales.

A diferencia de los adultos, en los adolescentes entre un 40% a 90% de las depresiones no son puras sino que se presentan acompañadas de otros trastornos, como le ocurrió a Isabel, cuyas primeras manifestaciones o señales de advertencia surgieron por el lado de las autolesiones y del principio de un trastorno alimentario como la anorexia. Por eso, este grupo es más vulnerable y de alto riesgo. “Es peor cuando un episodio depresivo ocurre por primera vez en esa etapa de la vida que en la adultez, porque eso quiere decir, al menos, que la carga genética es mayor. Uno como profesional siente un alivio cuando el trastorno depresivo es puro, porque tiene mejor pronóstico. Es más complicado, en cambio, si este debuta con abuso de drogas o de alcohol (adicciones), trastornos alimentarios, trastorno bipolar o intentos de suicidio graves, porque ellos son más impulsivos y no tienen el arraigo de los adultos”, señala la siquiatra infanto-juvenil Marcela Larraguibel, vicepresidenta de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA).

Afirma que los estudios demuestran que la depresión se está presentando cada vez más tempranamente (a edades más jóvenes) y con mayor frecuencia debido a una combinación de factores ambientales y genéticos. “Se entiende que la persona tiene un gen que la predispone a sufrir episodios depresivos, los que son desencadenados por determinados factores ambientales como, por ejemplo, el estrés. Una vez que se desencadena, es mucho más probable que se requiera de un estrés menos intenso que el primero para que se presente otro episodio depresivo, porque el cerebro queda condicionado a reaccionar depresivamente frente a un estrés. A veces se llega al punto de no necesitar de ninguna causa que lo desencadene.

Ahora, si la predisposición genética es fuerte necesitas de un estrés mínimo o de ninguno, pero si la carga genética es menor, se requiere de un estrés mayor”, aclara la especialista. La razón por la cual los trastornos depresivos se están dando a menor edad se explica, por un lado, porque existe una segregación genética que se ha ido dando y, por otro, a que hay factores ambientales que están haciendo nuestra existencia más estresante. El doctor Bernardo Pacheco, siquiatria infanto-juvenil y académico de la Universidad Católica, explica que ya en el desarrollo emocional del niño pueden empezar a generarse distorsiones. “Si las exigencias del entorno son demasiadas y poco flexibles, el niño comienza a desesperanzarse a temprana edad, descubre que la vida es más penosa que placentera. Al llegar a la adolescencia no es capaz de diferenciarse de los padres para construir su propia identidad, le cuesta mucho realizar ese proceso, se siente descalificado. Nosotros pensamos que los cuadros depresivos guardan mucha relación con las exigencias sociales y relacionales”, explica el doctor Pacheco.

No cree que haya un sobre-diagnóstico de la enfermedad, al contrario, estima que existe un sub-diagnóstico, porque recién se ha comenzado a aceptar que los niños y los adolescentes pueden deprimirse. Escasean también los especialistas preparados para diagnosticar y tratar correctamente a este grupo específico de población.

La estadística indica que entre un 4% y 8% de los adolescentes puede presentar esta enfermedad y la forma en que esta se manifiesta es muy distinta a la de los adultos. “Hicimos una revisión de nuestros pacientes hospitalizados por intento de suicidio y encontramos que el 70% de ellos tenía de base un trastorno depresivo”, agrega el especialista.

Los jóvenes no hablan de lo que sienten sino que expresan su desánimo mediante conductas de riesgo, irritabilidad, peleas, bajo rendimiento escolar, abuso de drogas y alcohol, todo esto como una forma de buscar una salida al estado emocional que los aflige.

“A veces ocurre que el estado depresivo dura tres o cuatro meses y se les pasa; sacan fuerzas de flaqueza para mantenerse en la rutina diaria, pero después la enfermedad recurre con un nuevo episodio o bien se mantiene con una intensidad leve y crónica. A esto se le llama estado distímico, el joven se queda con sensaciones displacenteras, solapadas y prolongadas en el tiempo, lo que afecta una construcción adecuada de su auto-imagen”, dice el doctor Bernardo Pacheco.

ERRORES FRECUENTES

Los padres generalmente tienden a minimizar el problema o a responder exageradamente, generando un ambiente de mayor angustia en la hija o el hijo deprimido. Los expertos aconsejan que más que buscar culpables, explicaciones o soluciones por cuenta propia, se debe tratar de entender la enfermedad. Por ello es que ahora se está haciendo mucho énfasis en la psico-educación, de manera de derribar mitos en cuanto a la forma en que se trata y aborda esta patología. Todavía existe mucha polémica respecto al uso de antidepresivos en niños y adolescentes. La doctora Patricia Larraguibel explica que el tratamiento que se requiere habitualmente incluye el uso de medicamentos y la psicoterapia.

-¿Existe una tendencia de los especialistas y pacientes de apoyarse más en los primeros que en el segundo?

“Yo diría que sí, pero sobre todo entre los especialistas que ven más adultos. Nosotros como Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia no estuvimos de acuerdo en la incorporación

al AUGE de la depresión a partir de los 15 años. A nuestro juicio no debió incluirse a los menores entre los 15 y 18 años, porque no se puede tratar a un adolescente deprimido de la misma manera que a un adulto. Estos chicos necesitan otra intervención terapéutica, porque es un grupo altamente vulnerable en donde la depresión es más grave, no les puedes dar un fármaco y mandarlos a la casa. Se necesita incluir también a la familia en el tratamiento. Todos los estudios en que el Ministerio de Salud se basó para establecer el esquema de tratamiento eran de personas mayores de 18 años”, responde Larraguibel.

No existe un perfil definido de familia en la que generalmente se da la depresión, pero además del factor genético hay algunos subgrupos proclives a padecerla: los hijos de padres sobreprotectores o afectados por trastornos de ansiedad o depresión; los que han tenido experiencias de abandono importante durante la infancia y los que han experimentado traumas vitales, experiencias de maltrato y abuso.

“Se ha investigado que en estos casos el cerebro queda más vulnerable frente a factores estresantes e hiperreacciona, por eso los adolescentes quedan expuestos a desarrollar episodios depresivos. Hay muchos otros subgrupos, pero no es bueno seguir culpando a los padres porque la verdad es que a veces la genética es tan fuerte...incluso hay padres que siendo depresivos saben detectar tempranamente los primeros síntomas en sus hijos y los llevan rápido al doctor para intervenirlos favorablemente. A veces, la familia es el elemento estresor lo que no equivale a decir que sea la causante sino la detonante”, agrega la profesional.

Sin embargo, a su juicio la peor actitud es negar el problema y en tal sentido, la doctora Marcela Larraguibel hace su propio mea culpa. “Por muchos años, la psiquiatría de niños y adolescentes culpó muchas veces a los padres de las enfermedades de sus hijos. Por eso hoy los papás, al saber de la depresión de su hijo tienden a reaccionar mal y a sentirse cuestionados. Pero también mucha gente todavía cree que la depresión no es una enfermedad sino una debilidad del individuo. Los padres exitosos generalmente actúan negadoramente, les dicen ‘mira cómo yo estudié y trabajé con todo en contra, tú en cambio tienes todo, te queremos, ¿cómo puedes estar deprimido?’ El joven se siente abandonado y presionado a mejorarse solo”.

-¿Qué pasa cuando se acepta finalmente que la hija o el hijo use antidepresivos y acuda al psicoterapeuta?

“La psicoeducación consiste en explicar bien tanto al paciente como a sus padres en qué consiste la farmacoterapia y la psicoterapia, por cuánto tiempo y sus efectos colaterales. Sin embargo, lo que está pasando es que una vez que el adolescente se empieza a sentir mejor, se hace un boicot a la psicoterapia, se discontinúa y eso es pésimo, porque en definitiva no se aborda la raíz del problema: lo que causó la depresión. La terapia le enseña al paciente a ir modificando estilos de pensamientos que lo predisponen a ser depresivo. La joven, por ejemplo, aprende a desarrollar habilidades sociales, a resolver problemas y a enfrentar el estrés. La persona adquiere destrezas para la vida”.

El abandono de la psicoterapia expone a nuevas recaídas y en esos casos, el pronóstico puede cambiar.

GENERACIÓN PROZAC

Los neurólogos coinciden en que el diagnóstico y no necesariamente los casos de depresión han ido en aumento en niños y adolescentes. El doctor Jorge Forster, neurólogo infanto-juvenil del Hospital Sótero del Río y del Departamento de Pediatría de la Universidad Católica de Chile, aclara que hace 15 años

nadie le preguntaba a este grupo etéreo cómo andaba su ánimo o si tenía ideas de muerte. Hoy, en cambio, es diferente y los médicos buscan un indicador de trastorno de ánimo.

“A nosotros nos llegan muchos chicos afectados, pero también falsos trastornos de ánimo. Hay que descartar que existan enfermedades físicas y biológicas que no son mentales y que afectan el ánimo. Sabemos que entre un 20% y 25% de los adolescentes con déficit atencional se deprime, es una condición asociada y lo que aquí corresponde tratar es lo primero y no lo segundo. Lo mismo pasa con los epilépticos”, advierte.

Reconoce que es distinta la manera en que un neurólogo y un psiquiatra abordan la depresión debido a que las expectativas de estos especialistas son distintas: “Nosotros los neurólogos en términos de cambio de patrones de conducta del adolescente esperamos menos que los psiquiatras y por eso usamos menos medicamentos y en dosis más bajas. Los psiquiatras nos acusan por ello de ser poco activos. Hay que considerar además, que un fármaco opera a través de tres mecanismos: el efecto farmacológico; el efecto placebo, que al comienzo demuestra un 25% de efectividad; y el efecto terapéutico, que es generado por la confianza en el médico. Estos dos últimos explican por qué los antidepresivos actúan mucho más rápido de lo esperado”, aclara.

Sin embargo, el doctor Forster admite que a este tipo de medicamentos le ha costado validarse. “En Chile nadie sabe si hay un sobrediagnóstico de trastornos de ánimo, es lo más probable, pero no sé si eso sea malo. Se ha ridiculizado mucho a Estados Unidos con la llamada ‘Generación Prozac’, pero ¿qué pasó con la ascendente curva de adolescentes que morían por año? Se estabilizó a partir del uso del Prozac”, agrega.

Asegura que detrás de los accidentes violentos que causan cada año más muertes de adolescentes y jóvenes chilenos está la depresión y/o la adicción, esta última oculta generalmente un trastorno de ánimo.

MEJOR SOBREESTIMAR QUE SUBESTIMAR

La jefa de salud mental de la Unidad de Adolescencia de la Clínica Alemana, doctora Mailin Ponce, admite que es probable que el diagnóstico de la depresión se sobreestime en manos no expertas, sin embargo, es de más riesgo que se subestime el cuadro. La depresión por sí misma es considerada la principal causa de suicidio y en Chile, esta es la segunda causa de muerte en adolescentes después de los accidentes de tránsito.

Estos son los síntomas que deben generar preocupación en los padres y en las familias de un adolescente:

- Tristeza, desánimo.
- Pérdida de la capacidad de gozo.
- Disminución del apetito.
- Tendencia al insomnio
- Tendencia al aislamiento.

- Baja de rendimiento académico.
- Muchas veces mal humor, irritabilidad.

EL FACTOR GÉNERO

Si la depresión se presenta en la niñez, afecta por igual a hombres y mujeres. Recién en la adolescencia esto cambia y empieza a darse por cada hombre, dos mujeres. En la etapa adulta, las mujeres sufren mucho más de depresión que los varones.