

Trastornos depresivos en adolescentes. Estrategia de intervención.

Autores:

Dra. Doralquis Leonor Alfonso Guerrero. Especialista de I Grado en MGI y Psiquiatría infantil

Dra. Lilia María Fernández Carballo. Especialista de I y II en Grado Psiquiatría infantil

Dra. Edeltes Cuenca Doimeadios. Especialista de I y II en Grado Psiquiatría infantil

Dr. Gregorio Hernández Castellanos. Especialista de I Grado en Medicina Interna y II Grado en MGI

Institución: Hospital Pediátrico Universitario, de Holguín.

Modalidad de presentación (oral)

Introducción.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un sentimiento de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del Griego clásico "negro", "bilis"). Aparece descrita en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad, el origen del término pertenece a Hipócrates, aunque no es hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión (1,2).

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento o limitar la actividad vital habitual independientemente que su causa sea conocida o desconocida⁽³⁾. Las alteraciones de los trastornos depresivos están unidas a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos, interpersonales, alteración del funcionamiento familiar y social del paciente y los mismos de forma sostenida colorean toda la vida de este. El diagnóstico es clínico y su origen multifactorial⁽⁴⁾.

No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no, en algunos casos sucede sin razón aparente y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, un hecho negativo o por secuencia de una serie de golpes psicológicos o traumas para el individuo^(5, 6).

Son muchos los factores que desempeñan un papel, incluidos la genética, el entorno, el estado de salud, los sucesos de la vida y determinados patrones del pensamiento que afectan las reacciones de las personas frente a los acontecimientos⁽⁷⁾.

Investigaciones han revelado que la depresión es hereditaria y sugieren que algunas personas heredan genes que los hacen más propensos. Pero no toda persona que tiene propensión genética a la depresión se deprime. Y muchas otras que no tienen una historia familiar ligada a la depresión sí la sufren. Por lo tanto, si bien los genes son un factor, no constituyen la única causa de la depresión ⁽⁸⁾.

La herencia admitida es de tipo autosómico dominante, con una penetrancia incompleta. Entre los *factores biológicos* se han valorado las hipótesis bioquímicas (*catecolamínica* o *indolamínica*), ratificadas por la respuesta favorable de los episodios maníaco-depresivos a los psicofármacos ^(9,10).

Las variaciones en el *tono* o *balance vegetativo* constituyen un elemento etiopatogénico importante. Se han sugerido también hipótesis *metabólicas* variadas (alteraciones hepáticas y renales, perturbación de las proteínas, glúcidos–hiperglucemia–, equilibrio acidobásico y electrólitos) sin llegar a conclusiones convincentes ⁽¹¹⁾.

Como factores *tóxicos* desencadenantes se citan el alcohol, el hachís, la cocaína, las anfetaminas (psicosis anfetamínicas) y otras. Se han admitido también *factores hormonales* en relación con trastornos del tiroides, de la hipófisis, de las gónadas y de la corteza suprarrenal ⁽¹²⁾.

Finalmente, cabe citar las hipótesis psicológicas (shocks emocionales, problemática psicológica profunda) y los *factores socioculturales* invocados principalmente por autores norteamericanos, considerando que las culturas integradas en valores morales y aseguradores podrían conducir más fácilmente a unos tipos de relaciones familiares que propician al desarrollo de una personalidad pre maníaco-depresiva. Los acontecimientos de la vida (la muerte de un familiar cercano o de un amigo) pueden ir más allá del dolor normal y, a veces, llevar a la depresión ⁽¹³⁾.

La familia y el entorno social tienen un importante papel, una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar la autoestima y llevar a la depresión, condiciones sociales como la pobreza, la falta de hogar y la violencia en la comunidad pueden aumentar las posibilidades de que las personas se depriman. En algunos adolescentes, los problemas de aprendizaje no diagnosticados pueden impedir un buen desempeño escolar así como los cambios hormonales propios de la etapa pueden afectar su estado de ánimo ⁽¹⁴⁾.

En la depresión, está involucrada la delicada química del cerebro: específicamente, unas sustancias llamadas neurotransmisores, estas sustancias químicas contribuyen a la transmisión de mensajes entre las células nerviosas del cerebro. Algunos de ellos

regulan el estado de ánimo. Cuando no están disponibles en las cantidades necesarias, el resultado puede ser la depresión. La respuesta del cerebro a los acontecimientos estresantes puede alterar el equilibrio de los neurotransmisores y provocar el trastorno. Los medicamentos que se utilizan para tratar la depresión actúan ayudando a restablecer el equilibrio adecuado de los neurotransmisores⁽¹⁵⁾.

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población en países en vías de desarrollo en el año 2020 y constituye la psicopatología más importante como precondición para el intento de suicidio en jóvenes, pues figura como una causa de muerte en esta etapa de la vida. La mayoría de las personas que se suicidan aproximadamente visitan a su médico cabecera en el mes previo, cursaba su primer episodio depresivo y en muchas ocasiones no había sido diagnosticado y por tanto no era tratado⁽¹⁶⁾.

La adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es esta una etapa de la vida en que se afrontan grandes retos, por un lado el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal, la pubertad y la integración de la madurez sexual en un modelo personal de comportamiento⁽¹⁷⁾. El establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con sus parientes y adultos significativos, el desarrollo de habilidades individuales y de enriquecimiento personal, de potencialidades ocupacionales y de esparcimiento. Todo esto permite al adolescente ir conformando su cuadro y sienta las bases para la aparición en la juventud de la concepción del mundo, como formación compleja de la personalidad típica de este período⁽¹⁷⁾. Se busca la identidad propia y se construyen proyectos de vida. La adolescencia es un desafío y la institución familiar debe propiciar un tránsito exitoso⁽¹⁸⁾. Los adolescentes constituyen alrededor del 16 % de la población urbana en Cuba, hay predominio del sexo masculino y la escolarización es alta.⁽¹⁹⁾.

La depresión en los adolescentes es más compleja, más creciente, ubica al paciente en situación de mayor riesgo de cometer suicidio que en los pacientes adultos. El desarrollo normal y los trastornos del desarrollo confunden y complican el curso de la depresión de un adolescente, tornando problemático el diagnóstico y dificultando el tratamiento. Existe en esta etapa depresión encubierta que aparece cuando se emplea la conducta de actuación –“acting out”- como escudo contra el trastorno⁽¹⁹⁾.

La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida donde intervienen diferentes factores como un normal desarrollo neurobiológico, hereditario, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales⁽²⁰⁾, establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo como aspiración de la promoción de salud, es un reto para la ciencia⁽²¹⁾. Por lo que la reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria de salud se centra en el ambiente familiar y social donde está ubicado el objetivo de trabajo y obliga a desarrollar acciones de salud mental sobre los individuos, la familia, los grupos sociales y la comunidad⁽²²⁾. Para alcanzar un futuro saludable, es imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual el apoyo de los adultos y las acciones colectivas de promoción de la salud y prevención son imprescindibles. Es en este espacio donde se inscribe el concepto de resiliencia que es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecidas a pesar de estar expuestos a factores de riesgos, definido como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformadas positivamente por ellas⁽²³⁾. El desarrollo de un adecuado nivel de resiliencia depende de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos, provenientes de tres niveles: soporte social (Yo Tengo); fortaleza interna (Yo Soy), (Yo Estoy) y habilidades (Yo Puedo). La resiliencia como factor protector reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas⁽²³⁾.

La psicoterapia es una modalidad terapéutica que usa métodos psicológicos para hacer desaparecer síntomas y modificar en mayor o menor grado patrones de comportamientos y estilos de vida⁽²⁴⁾. Las terapias psicológicas de más utilidad en los trastornos depresivos constituyen la cognitivo conductual que ayuda a estos pacientes a cambiar los estilos negativos de su pensamiento y comportamiento, esta modalidad intenta modificar pautas de conductas a partir de análisis funcional del comportamiento sin profundizar en el análisis de la intrapsique, se apoya en técnicas de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad⁽²⁵⁾. El diagnóstico y tratamiento oportuno de niños y adolescentes deprimidos es un factor censor para prevenir muchos problemas académicos, sociales, emocionales, del comportamiento y los altos niveles de suicidio y violencia^{(26, 27) (28)}. Por lo que una intervención psicoterapéutica, debe verse como una estrategia educativa, cuyo objetivo es elevar el nivel de resiliencia.

Problema científico.

¿Cómo lograr la adaptación social de los adolescentes con trastorno depresivo?

Objetivos.

General.

1. Mejorar la adaptación social de los adolescentes con trastornos depresivos.

Específicos.

- 1- Distribuir a los pacientes según: edad, sexo, síntomas y diagnóstico psiquiátrico.
- 2- Identificar el nivel de resiliencia de los adolescentes con trastornos depresivos.
- 3- Implementar estrategia de intervención psicoterapéutica.
- 4- Evaluar efectividad de la intervención psicoterapéutica en el nivel de resiliencia.

Material y método.

Se realizó un estudio, tipo investigación, acción participativa con metodología cualitativa y cuantitativa en la Policlínica “Pedro del Toro Saad” del municipio de Holguín en el período de febrero a julio del 2011 a través de la implementación de una estrategia de intervención psicoterapéutica. El universo estuvo constituido por 42 adolescentes que presentaron trastornos depresivos en el período estudiado y la muestra de forma intencionada por 19 adolescentes que cumplieron con el criterio de inclusión.

Criterios de inclusión: adolescentes con trastornos depresivos según criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Edición (DSM IV), comprendidos en las edades de 15 a 17 años (adolescencia intermedia), donde predominan los cambios psicológicos, y que cumplan con los criterios de psicoterapia de grupo, con su consentimiento y el de sus padres en participar en esta investigación en el período y lugar que se realiza la misma (Anexo1).

Criterios de exclusión: pacientes deprimidos que presentan momentos depresivos normales, momento normal madurativo de introspección y reflexión que realiza el adolescente.

En todo momento se conservaron los principios de la ética hacia los pacientes, para las investigaciones médicas en humanos establecidos en la declaración de Helsinki. La investigación fue aprobada por los correspondientes consejos científicos.

Operacionalización conceptual.

Los adolescentes estudiados que recibían tratamiento antidepresivo, se distribuyeron según edad, sexo, síntomas y diagnóstico psiquiátrico dando cumplimiento al objetivo No 1.

Edad: variable cuantitativa discreta, se establecieron tres grupos.

- a) 15 años.
- b) 16 años.
- c) 17 años.

Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, según determinación biológica.

- a) Masculino
- b) Femenino

Síntomas Psiquiátricos (depresivos): variable cualitativa nominal politómica. Síntoma que refiere el paciente espontáneamente y aquellos detectados en la entrevista psicológica y examen psiquiátrico (Anexo 2).

1. Estado de ánimo depresivo: estado de abatimiento e infelidad.
2. Irritabilidad: respuesta exagerada ante la dificultad o imposibilidad de satisfacer alguna necesidad, explosión, responder no linealmente a un estímulo.
3. Sentimiento de inutilidad o culpa: omisión de la conducta de vida para prever o evitar el daño.
4. Baja autoestima: dificultad para valorarse, apreciarse, quererse a sí mismo o para tenerse consideración o amor propio.
5. Disminución de la capacidad para concentrarse: imposibilidad de mantener la focalización de la conciencia en una dirección determinada, esta falta de concentración se traduce por torpeza motora, dificultad para mantener cabeza y cuerpo erguido, inquietud postural, ausencia de noción de peligro.
6. Síntomas somáticos: quejas persistentes de varios síntomas físicos que no tienen origen físico identificable, son debido a conflictos psicológicos internos.
7. Fatiga: sensación sostenida y abrumadora de cansancio, disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico de forma habitual.
8. Ansiedad: se refiere a miedo o temor a algo que no sabe precisar.
9. Intento suicida: acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con su existencia con varios estados y motivaciones que pueden ser conscientes e inconscientes.
10. Disminución del apetito: trastorno alimentario, falta anormal del apetito producido por causas fisiológicas o psicológicas, presentes generalmente en los cuadros depresivos.
11. Insomnio: trastorno del sueño dado por dificultad para dormir ya sea para conciliar el sueño, despertares frecuentes por las noches o despertar muy

temprano, este último frecuente en la depresión, impide la recuperación del cuerpo.

12. Síntomas conductuales: comportamiento inadecuado, incluye agresividad, desobediencia, actitud provocativa, mal humor, ataque temperamentales, trastornos del aprendizaje por desmotivación, violar normas, indiferencia al éxito.
13. Baja tolerancia a las frustraciones: imposibilidad de aceptar los fracasos, no soportar el no.
14. Incapacidad y malestar clínico significativo: sensación de molestia, falta de energía y de bienestar.

Para el diagnóstico, se realizó revisión de historias clínicas individuales, entrevistas psicológicas y examen psiquiátrico.

Clasificación según DSMIV.

1. Trastorno adaptativo depresivo.
2. Episodio depresivo menor.
3. Episodio depresivo mayor.
4. Trastorno Distímico.

Para identificar el nivel de Resiliencia de los adolescentes con trastornos depresivos, objetivo No 2, se utilizó test o modelo creado por Grotberg, donde se caracteriza a un individuo resiliente mediante la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo: “Yo tengo”, “Yo soy ”, “Yo estoy”, “yo puedo”. (Anexo 3).

Resiliencia: proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad, capacidad del individuo frente a las adversidades para afrontarlos con mecanismos sanos (dosis de perseverancia, tenacidad), actitud positiva, acciones que permitan avanzar, solucionar los problemas.

Individuos resilientes: son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse de manera adecuada y llegan a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia por clave de evaluación teniendo en cuenta los parámetros de validación del test aplicado se considera individuo resiliente a partir de los 24 puntos y 23 puntos o menos se califican como no resiliente (Anexo 3).

Para dar salida al objetivo No 3 se aplicó una Estrategia de Intervención Psicoterapéutica, la misma fue validada, (Anexo 4), dirigida a pacientes. En cada sesión psicoterapéutica se trazaron objetivos para intentar mejorar la adaptación social de estos pacientes que tienen una visión distorsionada de sí mismo y de lo que les rodea.

Al diseñar la estrategia de intervención psicoterapéutica para los padres se tuvo en cuenta las actitudes paternas inadecuadas y el desconocimiento de aspectos importantes del manejo de la adolescencia identificados en entrevista a profundidad (Anexo 5).

Valoración por expertos.

La valoración del contenido de la estrategia se realizó por criterio de expertos según las categorías de la técnica Moriyama la cual plantea como categorías fundamentales: Claridad, coherencia, factibilidad de aplicación, ajuste al tema.

Para dar respuesta al objetivo No 4 donde se evalúa la efectividad de la intervención psicoterapéutica en el nivel de resiliencia de los adolescentes en estudio se aplicó el test de entrada y salida y se determinó coeficiente de variación para validar estadísticamente los resultados.

$$\text{Coeficiente de variación} = \frac{\text{Valor inicial} - \text{Valor final}}{\text{Valor inicial}} \times 100$$

El valor inicial: es el total de participantes en la investigación con conocimientos inadecuados antes de la intervención.

El valor final: es el total de participantes en la investigación con conocimientos inadecuados después de la intervención.

Se considera que la intervención es eficaz siempre que el resultado del coeficiente de variación sea de un 70% o más.

Los adolescentes en estudio se incorporaron a grupos de psicoterapia cerrados realizándose semanal y cada quince días se aplicó la estrategia a sus padres. Por su composición heterogénea, por su tamaño (19 integrantes) grande, de una duración prolongada (6 meses), se utilizó como modalidad terapéutica la cognitivo conductual y un estilo de dirección mixto.

En la Intervención Psicoterapéutica se utilizaron: Técnicas de presentación, de animación y de reflexión o análisis.

Estrategia psicoterapéutica para adolescentes.

Primera sesión:

Objetivos:

1. Establecer contrato terapéutico.

2. Definir objetivos de la estrategia.
3. Presentación de los adolescentes, padres y equipo médico.

Para dar inicio a la primera sesión de esta investigación la coordinadora realiza la presentación del grupo de trabajo y expone los objetivos de la intervención. Se utiliza la técnica en la que cada uno de los participantes se presenta diciendo su nombre y con una palabra o frase expresa que es para él la vida, a continuación se aplica el test de entrada (Anexo No 3) para precisar el nivel de resiliencia que tienen los pacientes en estudio.

Segunda sesión.

Técnica de presentación: Nombre y si no fuera persona que me gustaría ser.

Técnica de análisis: Sondeo de motivaciones

Objetivo: Precisar donde están sus principales problemas, estado de ánimo en que se encuentran y cuáles son sus expectativas en relación al grupo de psicoterapia.

Tercera sesión:

Técnica de presentación: "Por persona".

Técnica de análisis: Mi heráldica.

Objetivos: Ayudar a los adolescentes a considerar sus características, a identificarse y tomar conciencia de sí mismo.

Cuarta sesión:

Técnica de presentación: Actividad que más disfruto realizar.

Técnica de análisis: Lluvia de ideas.

Objetivo: Reflexionar acerca de las consecuencias negativas de enfrentar incorrectamente los problemas.

Quinta sesión:

Técnica de presentación: Presentación cruzada.

Técnica de análisis: Psicodrama.

Objetivo: Mejorar el nivel de resiliencia de los adolescentes.

Sexta sesión:

Técnica de presentación: Describir como me gustaría que fuera mi amigo ideal.

Técnica de análisis: El espejo.

Objetivo: Estimular la reflexión de los adolescentes acerca de la imagen que tienen de sí mismo, mejorar la autoestima.

Séptima sesión.

Técnica de presentación: Nombre y si no fuera persona que me gustaría ser.

Técnica de análisis: La comunicación positiva.

Objetivo: Promover que los adolescentes expresen pensamientos y sentimientos mediante el uso de frases que permitan una buena comunicación.

Octava sesión.

Técnica de presentación: Definir con una palabra como me siento hoy.

Técnica de análisis: Corbata en la espalda.

Objetivo: Mejorar la autoestima y favorecer el desarrollo de las relaciones interpersonales del grupo.

Novena sesión.

Técnica de presentación: La cadena de nombres.

Técnica de análisis: Inventario de asuntos personales.

Objetivo: Que los adolescentes tomen conciencia de sus cualidades positivas y negativas y mostrarles como, utilizando las primeras, pueden resolver las segundas.

Décima sesión.

Técnica de presentación: A través de la expresión facial reflejar mi estado de ánimo.

Técnica de análisis: Debate, carta de despedida de Gabriel García Márquez.

Objetivo: Evaluar nivel de resiliencia y estado emocional.

Oncena sesión:

Técnica de presentación: Nombre y decirle un elogio al compañero que tenemos a la derecha.

Técnica de análisis: La tienda mágica.

Objetivo: Ayudar a los adolescentes a tomar decisiones, conciencia de quien es, que desea y el precio que está dispuesto a pagar por ello.

Duodécima sesión

Técnica de Animación: "cola de vaca"

Técnica de análisis: "La catástrofe "

Objetivos: Estimular la toma de decisión individual y colectiva, fortalecer autoestima en los adolescentes.

Decimotercera sesión.

Técnica de Animación: "Abrazos musicales cooperativos "

Objetivo: Dinamizar el grupo elevando su estado emocional.

En esta sesión se aplica el test para valorar el nivel de resiliencia, el cual se aplicó en la primera sesión. Posteriormente se realizó entrevista psicológica y el examen psiquiátrico a cada paciente con el objetivo de valorar su evolución. Se realiza cierre y/o reapertura.

Estrategia de Intervención Psicoterapéutica para los padres.

Primera sesión:

Objetivos:

1. Presentación de los padres y equipo médico.
2. Definir los objetivos generales de la estrategia de intervención.
3. Valorar las expectativas de los padres con este tipo de terapéutica.
Entrevista a profundidad a los padres, (Anexo No 4), para identificar conocimientos y métodos educativos en relación a sus hijos adolescentes.

Segunda sesión.

Técnica de presentación: Decir el nombre y un refrán popular que conozca.

Técnica de análisis: Lluvia de ideas.

Objetivo:

1. Identificar actitudes psicopatógenas de los padres.

Tercera sesión.

Técnica de presentación: Nombre y decir una frase positiva.

Objetivo:

2. Que los padres adquieran habilidades en la educación de sus hijos para evitar actitudes psicopatógenas.

Técnica de análisis: Psicodrama.

Cuarta sesión.

Técnica de presentación: Decir el nombre con un son, ejemplo: Me llamo María, soy de la loma y canto en el llano.

Objetivo:

1. Favorecer la comunicación positiva entre padres y adolescentes, resolución de conflictos.

Técnica de análisis: “Comunicación a ciegas”.

Quinta sesión.

Técnica de presentación: “La rifa afectiva”.

Técnica de análisis: Debate de la canción “No basta”, de Franco de Vita.

Objetivo:

1. Mejorar conocimientos, habilidades y métodos educativos para lograr en los hijos mejor comportamiento y adaptación social.

Sexta sesión.

Técnica de presentación: Decir actividad que prefiere realizar.

Técnica de análisis: Lluvia de ideas para valorar utilidad práctica de la intervención y posteriormente entrevista individual a los padres para precisar evolución de sus hijos.

Análisis y discusión de los resultados.

Al distribuir los adolescentes estudiados con trastornos depresivos, según edad y sexo, Tabla1, se aprecia que predominaron los del sexo femenino (68.5%) y la edad de 15 años (52.8 %). Los autores consideran este comportamiento guarda relación a que en el desarrollo normal del adolescente las féminas maduran más rápido que los varones y enfrentan la problemática de esta etapa de forma más precoz. Si las mismas no están preparadas en el afrontamiento adecuado de situaciones adversas aparecen las psicopatologías⁽²⁹⁾

Tabla1. Distribución de los adolescentes con trastornos depresivos según edad y sexo. “Policlínica” Pedro del Toro Saad”.2011.

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 Años	7	37	3	15.8	10	52.8
16 Años	4	21	1	5.2	5	26.2
17 Años	2	10.5	2	10.5	4	21
Total	13	68.5	6	31.5	19	100

Fuente: historia clínica, entrevista psicológica.

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en adolescentes por Samuel y Harrison en Buenos Aires, Argentina donde plantean que la depresión es tres veces más frecuente en el sexo femenino porque cuentan con menos estrategia de adaptación a pesar de que en la actualidad la discriminación de géneros ha mejorado⁽³⁰⁾.

Vázquez Machado en su trabajo; Caracterización clínico epidemiológica del síndrome depresivo arroja que en una relación 1-23 es más frecuente en las féminas porque independientemente de la vida moderna aún existen dificultades sustanciales en los métodos educativos entre los sexos ,donde hay más rigidez y limitaciones en las hembras que en varones, tabúes sociales y morales que limitan el desarrollo de las relaciones interpersonales,⁽³¹⁾.La comisión conjunta sobre salud mental pediátrica indica que 1.4 millones de niños por debajo de 18 años de edad necesitan de ayuda inmediata por este trastorno pero solo una tercera parte reciben ayuda por lo atípico del cuadro⁽³²⁾. Otras investigaciones coincidieron en que esta patología se presenta en esta

etapa de la vida con más frecuencia debido a las características normales y los cambios fundamentalmente psicológicos del adolescente que los lleva a mecanismos negativos de afrontamiento^(33,34).

Al analizar los resultados, en (tabla 2) los síntomas predominaron fueron la baja autoestima (89.4%), seguida de la irritabilidad (84.2%), disminución de la capacidad para concentrarse (73.6%), y sentimientos de inutilidad o culpa (68.4%), esto se corresponde con estadios tempranos de la depresión y no con estadios clínicos más graves⁽³⁵⁾. Estos resultados se debieron a que los adolescentes se niegan a asistir a consulta debido a sus sentimientos de invencibilidad, no se aceptan como enfermos y eso conlleva a que no buscan ayuda, esto trae consigo un subregistro de los trastornos depresivos los cuales están enmascarados dentro de otros diagnósticos .

Tabla 2. Distribución de los pacientes según síntomas psiquiátricos depresivos.
Policlínica” Pedro del toro Saad”.2011.

Síntomas.	Pacientes	
	No.	%.
Baja autoestima	17	89.4
Irritabilidad	16	84.2
Disminución de la capacidad para concentrarse	14	73.6
Sentimientos de inutilidad o culpa	13	68.4

Fuente: historia clínica, entrevista psicológica, examen psiquiátrico.

Alejandro M Wagner, ex profesor titular de la U.B.A. Full- Member of the international Psycho-Analitical Association Magisteren Neuropsicofarmacología dedicado por más de 40 años al comportamiento de los adolescentes en su artículo sobre depresión en la adolescencia plantea que esta entidad en esta etapa es atípica, encontró que la depresión encubierta en adolescentes es un problema habitual a menudo no detectado. Para esconder su depresión y para protegerse del dolor, de la soledad y de la carencia de autoestima muchos adolescentes recurren a alteraciones en su comportamiento, malestares somáticos y conductas de actuación (“acting out”) sin jamás manifestar abiertamente sus sentimientos o expresar los síntomas emocionales de la depresión⁽³⁶⁾. En la mayoría de los casos en el cuadro clínico aparecen de manera progresiva y

gradual, síntomas específicos y silenciosos que con frecuencia pasan inadvertidos incluso para el propio paciente⁽³⁶⁾.

Los adolescentes con este trastorno a menudo se ven como negativamente diferentes de los demás, se sienten en falta o indignos incluso en las situaciones en las que, objetivamente no se les puede atribuir ninguna culpa, con frecuencia se sienten desamparados, se dificulta la concentración, sentimientos de desesperanza y se tornan rebeldes e irritables. Todo esto debido a la percepción negativa que tienen de sí mismo y de lo que les rodea^(37,38).

Tabla 3. Diagnóstico Psiquiátrico de los pacientes estudiados según DSMIV. “Policlínica Pedro del Toro Saad”. 2011.

Diagnóstico	No.	%.
Trastorno adaptativo depresivo	14	73.7
Episodio depresivo menor	3	15.7
Episodio depresivo mayor	1	5.3
Trastorno Distímico	1	5.3
Total	19	100

Fuente: historia clínica, entrevista psicológica y examen psiquiátrico.

Como característica diagnóstica de los pacientes estudiados, se observa en la tabla 3 que predominaron los Trastornos adaptativos depresivos, (73.7%). Estos resultados están en relación a que como los mecanismos de afrontamientos son inadecuados, ante las adversidades presentan cuadros adaptativos y no cuadros de mayor estructuración debido a las características normales de la etapa y principalmente a que el sistema nacional de salud establece y enfatiza en el abordaje integral del adolescente.

Cerca de la mitad de los trastornos psiquiátricos comienzan antes de que el afectado cumpla 14 años. Los expertos de la OMS subrayan la importancia de disponer de servicios de salud mental durante la infancia para prevenir una situación más grave en el futuro⁽³⁸⁾.

Tabla 4.Distribución de pacientes según nivel de resiliencia.” Policlínica Pedro del Toro Saad”. 2011.

Criterios	Antes		Después	
	No.	%.	No.	%.

No resilientes	19	100	3	15.8
Resilientes	0	0	16	84.2
Total	19	100	19	100

Fuente: encuesta.

C.V.=84.2%

Los pacientes con trastornos depresivos presentaban dificultades en la capacidad de afrontar las adversidades, no sabían cómo utilizar los factores protectores para sobreponerse, individuos no resilientes, luego de aplicada la intervención psicoterapéutica el 84.2 % de los pacientes mejoró su capacidad de afrontamiento, de resiliencia.

Los resultados positivos obtenidos al final de este estudio están en relación con la participación consciente de los pacientes en el tratamiento y el apoyo recibido por la familia, como factor protector necesario en el fortalecimiento de los adolescentes y su modo de percibir y enfrentar su propia vida. Se dotaron de conocimientos para afrontar adecuadamente los problemas, modificaron la visión distorsionada de percibirse así mismo y a los demás y sus padres mejoraron sus métodos educativos.

Estos resultados coinciden con estudios realizados por Beatriz Vera Poseck y colaboradores sobre resiliencia y crecimiento postraumático ⁽³⁹⁾.

Basile Héctor S en su estudio sobre resiliencia en adolescentes, plantea que los factores interpersonales (lugar de control interno y autoestima) cobran fuerza en la etapa de la adolescencia y determinan el nivel de resiliencia ⁽⁴⁰⁾.

Eduardo Hernández González, pediatra y psicoterapeuta conductual infantil en investigaciones realizadas en Venezuela hace referencia a que el tratamiento combinado que incluye fármacos y terapias psicológicas, han demostrado ser lo más adecuado en la actualidad en la mejoría de los trastornos depresivos. Esto coincide con este estudio donde los pacientes mejoraron su resiliencia, evolución clínica y por tanto su adaptación social ^(41, 42, 43, 44, 45, 46, 47).

Conclusiones:

- 1) La baja autoestima unido a la irritabilidad, disminución de la capacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa así como el trastorno adaptativo depresivo, predominaron en los adolescentes femeninos de 15 años de edad.
- 2) La estrategia de intervención psicoterapéutica fue eficaz al incrementar de forma significativa el nivel de resiliencia.

3)La intervención psicoterapéutica es efectiva en los pacientes con trastorno adaptativo depresivo en estadios leves, en la etapa intermedia de la adolescencia.

Bibliografía.

1. Kamer Peter, D:"Depresión Atípica en Adolescente", UNFPA, Barcelona 2006.
2. Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna .Ediciones, Tunner, Madrid.ISBN 84-7506-257-1.
3. Aldo Conti.Nolberto (2007).Historia de la depresión .La Melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Editorial Polemos, Buenos Aires .ISBN 978-987-9165-81-2.
4. Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpas.
5. Vara Horna, Arístides A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las minorías: Lima.
6. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004.
7. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico / Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor, D.L. (2001).
8. Kaplan J, Sadock B. Grez J A. Synopsis of psychiatry. 7 ed .New Cork. Williams and Wilkins; 1994:1063.
9. Departamento de Estado, Programas de Información Internacional (enero 2005)."La salud en los adolescentes: Problemas mundiales, retos locales ". (en español).Periódico electrónico USA. Consultado el 19 abril del 2008.
10. Lima, L. (1992).Bases biológicas de los trastornos afectivos .Interciencia, 17(2) ,86-91.
11. Baronder, S.H. (1998).Mood Genes. Hunting for the origins of Mania and Depression. New York: W.H.Freedman & co.
- 12.OPS/OMS. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Organización Mundial de la Salud, WashingtonDC.2005.35.
- 13.Keitner G, Ryan C, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB.Role of the family in recovery and major depression. Am Psychiatry 2007; 152:1002-8.
- 14.Weismann MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S,Hwu HG, et al.

- Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996; 276:293-9.
15. González Méndez R. Terapéutica Psiquiátrica Integral. La Habana: Editorial Félix Varela; 2008.
 16. Estadística del suicidio en España 2005. Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es>), 2006.
 17. PINEDA S, ALIÑO M: *El Concepto de Adolescencia*. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. 2^a. Edición. Ministerio de Salud Pública, pág. 15, 2002.
 18. CRUZ SÁNCHEZ,F; A.BANDERA ROSEL y E.GUTIÉRREZ BARÓ:"Conductas y Factores de Riesgo en la Adolescencia ", Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, 2da.ed; pp.120-129, MINSAP, La Habana, 2002.
 19. DOMÍNGUEZ,L.:Psicología del Desarrollo en las Etapas de la Adolescencia y la Juventud,Ed.Félix Varela, La Habana ,2003.
 20. CRUZ SÁNCHEZ, F:"La Adolescencia", Manual de capacitación sobre Herramientas de la comunicación social en salud sexual y reproductiva para el trabajo con adolescentes, pp.20-38, (CNPES) ,2011.
 21. KRAUSKOPF, DINA: Participación social y desarrollo en la adolescencia, UNFPA, 2005.
 22. CRUZ SÁNCHEZ, F:"La Depresión Subclínica en la Adolescencia", Salud Mental Infanto-Juvenil, Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 2005.
 23. MARTÍNEZ GOMEZ, C:"Promoción de salud Mental", Salud Mental Infanto-Juvenil,Ed.Ciencias Médicas ,La Habana 2005.
 24. Arias, B.G. La dinámica causal de las alteraciones del proceso de formación de la personalidad. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, mimeografiado, 2008.
 25. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos de salud. <<http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/htm>>[consulta: 15 julio 2008].
 26. Valdés N. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar. México D.F; 2007.
 27. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Anuario Estadístico de Salud 2006*. Cuba, 2006.

28. FERNANDEZ-RIOS L, GOMEZ-FRAGUELA JA: *La Psicología Preventiva en la Intervención Social*. Editorial Síntesis, Madrid, 2007.
29. Vara Horna, A.A (2003).Algunos apuntes sobre Psicoterapia. Artículo publicado en aristidesvara.com [2].
30. Huntington, Samuel P. y Harrison, Lawrence E y otros. La cultura es lo que importa. Cómo los valores dan forma al progreso humano. Ed. Planeta. Buenos Aires. Argentina 2001.
31. Vázquez Machado A. Caracterización Clínico Epidemiológica del Síndrome depresivo. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet] 2001,17(3): [aprox.16p].Disponible en: http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol17301/mgi_04301/htm.
32. Academia Estadounidense de Psiquiatría del niño y del adolescente (abril del 2008). “Desarrollo normal de la adolescencia: La Escuela Intermedia y los primeros años de la Secundaria “.Información para la familia.
33. Velles A, Valle C. La autorregulación para el afrontamiento emocional. <http://www.calidaddevida.com.ar/ie/compleme/elemento.htm>.
34. Alacán Pérez I, Aliño Santiago M, Álvarez Arias CZ, Acarez Puentes Bandera Rosset A, Bello Méndez, et al. Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. La Habana: MINSAP, 2002:140-1.
35. Martín M, Grau JA, Grau R. El Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo de una versión cubana, Rev. Terapias Psicológicas 3 (2), ene.2002.
36. Wagner Alejandro M .Depresión nueva epidemia. USA. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/ProblemasdeSalud/2009/09/14/187924.php>.
37. Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención Integral.Madrid: Ergon; 2007.
38. Paul W, Andrews (2009).Depresión y adolescencia. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/09/14/187924.php.
39. VERA POSECK Beatriz, Begoña CARBELO BAQUERO, y María Luisa VECINA JIMÉNEZ (2006):”La experiencia traumática desde la Psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático, en papeles del psicólogo, vol.27, No 1, págs. 40-49.
40. Basile Héctor S .Resiliencia en adolescentes fortaleza a partir de las crisis.2003.

41. Hernández González E. Depresión infantil. Venezuela. Disponible en:
[http://www.consumer.es/web/es/salud/ psicología/2008/02/08/174370.php.](http://www.consumer.es/web/es/salud/ psicología/2008/02/08/174370.php)
42. FORÉS, ANNA y Jardi GRANÉ (2008): La resiliencia crecer desde la adversidad
Barcelona: Plataforma Editorial.
43. Barrantes G .Depresión en la Adolescencia .Costa Rica: LUR, 2007.
44. Vázquez, Carmelo y Hervás, Gonzalo (ed.) (2008).Psicología positiva aplicada.Ed.
Descree de Brower.
45. Pérez Fernández A. Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres:
Experiencias de trabajo. Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2005.
46. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes. MEDISAN [en línea]. 2009 [citado 10 Febrero 2011]; 13(1): [aprox 10p.]. Disponible en:
http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm#categ
47. Selva G, Salgado Y, Ramírez R .Autoestima en Adolescencia: Retos y Manejos Terapéuticos. En: CD Memorias del III Congreso Panamericano de Psiquiatría Infanto Juvenil 2008.