

# TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES

## ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

DR. RICARDO GARCÍA S. (1) (2)

1. PSIQUIATRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. CLÍNICA LAS CONDES.

2. PROFESOR ASOCIADO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email:ricardo.garcia.sepulveda@gmail.com

### RESUMEN

*Los trastornos psiquiátricos en adolescentes muestran una alta prevalencia y discapacidad, especialmente los trastornos ansiosos y depresivos. El presente artículo es una revisión de aspectos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento de estas patologías, con el objetivo de dimensionar este problema de salud mental y ayudar al proceso diagnóstico, tratamiento y derivación de estos adolescentes*

*Palabras clave: Ansiedad, depresión, bipolar, desórdenes psiquiátricos adolescentes.*

### SUMMARY

*Psychiatric disorders in adolescents establish a high prevalence and disability, mainly anxious and affective disorders. This article is an epidemiology, clinical and therapeutical review. The objective is to dimension this mental health problem and help to diagnostics process, treatment and derivation of these adolescents*

*Key words: Anxiety, Depressive, Bipolar, Adolescent Psychiatric disorders.*

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos y depresivos en niños y adolescentes son considerados trastornos internalizantes, en la medida que se expresan principalmente en una dimensión "interna" de la persona, en el ámbito de las emociones, por lo tanto se accede a este mundo a través de la comunicación con el adolescente, el diálogo, la empatía que permite captar claves o señales de un atribulado mundo interior o una adecuada relación terapéutica. Muchas veces estos estados no son visibles ni siquiera para los padres, profesores o pares y los adolescentes padecen de estas alteraciones por largo tiempo sin la ayuda necesaria.

Se ha observado un incremento de los trastornos internalizantes desde el siglo XX, en que se han producido enormes cambios en la sociedad occidental y la necesidad de adaptarse a múltiples factores, generando estrés creciente en las distintas generaciones, lo que se ha denominado efecto de cohorte. Frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud ha difundido el concepto de "no hay salud sin salud mental".

Estudios epidemiológicos en Chile, realizados recientemente por Vicen- te y cols. (1) (Proyecto FONDECYT N° 1070519) en población general de 12 a 128 años en cuatro ciudades de Chile, encontró que un 33.2% presenta algún trastorno psiquiátrico, de estos los que presentaban algún grado de discapacidad alcanzaba a un 16.5%.

Dentro de las patologías psiquiátricas en este grupo etario, las más frecuentes fueron los trastornos ansiosos con 15.7% (asociados con discapacidad: 7.4%), trastornos disruptivos (conductuales) con 12.8% (asociados con discapacidad: 8%), trastornos por uso de sustancias, 10.1% (asociados con discapacidad: 2.6 %), trastornos afectivos (ánimo) con 8.6%, (asociados con discapacidad 7%).

En el nivel Primario de Atención, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago realizó en 1994, (2) un estudio en los consultorios de atención primaria, sobre el perfil diagnóstico de los niños y adolescentes que consultaban por morbilidad, siendo atendidos por médico, psicólogo y asistente social. La muestra estuvo constituida por 2472 casos. Los resultados mostraron que la consulta por problemas de salud mental eran crecientes de acuerdo al grupo etario, llegando a constituirse en la primera causa de consulta (22.3%) después de los 10 años, siendo los trastornos de ansiedad, afectivos y de somatomorfos los más frecuentes.

### TRASTORNOS ANSIOSOS (3, 4)

La angustia es experimentada desde el nacimiento como una emoción básica intensa, de carácter desagradable, implica la captación de un peligro inminente que amenaza aspectos esenciales de la existencia (psíquica y física) del individuo. La angustia es inherente a la vida humana, puede tener una expresión normal, ligada a las nuevas experiencias y períodos críticos del desarrollo, como la adolescencia, permitiendo la adaptación y uso de estrategias de afrontamiento a partir de procesos de adquisición y dominio de habilidades y maduración cognitiva. También la angustia puede constituir un estado patológico, influido por vulnerabilidad genética, causas biológicas, experiencias de vida, contextos sociales y familiares.

Clásicamente se ha distinguido la ansiedad como la actitud de espera de un acontecimiento desagradable, la cual ya se puede observar en adolescentes que tienen un desarrollo cognitivo suficiente, y la angustia como un estado que conlleva una serie de manifestaciones somáticas (neurovegetativas y viscerales) frente a una situación estimada como peligrosa. El miedo es un temor más circunscrito, que no amenaza aspectos básicos de la existencia y tiene como causa un peligro concreto, preciso, frente al cual el individuo puede tomar medidas defensivas.

En el niño existiría un gradiente continuo, angustia - ansiedad - miedo a partir de un estado que sería puramente fisiológico (reacción de estrés) hasta una mentalización progresiva de la conducta, en la perspectiva del desarrollo.

### Angustia Normal

La angustia normal estaría desencadenada por una causa objetiva externa identificable, Ej.: separación, violencia intrafamiliar, problemas escolares serios, siendo propio de la adolescencia la ansiedad social e interpersonal. La angustia patológica, en cambio, generalmente no tiene una causa externa claramente identificable y la sensación de peligro

indefinido y desconocido es aquí máxima, alterando el comportamiento de acuerdo con el contexto sociocultural y la etapa de la adolescencia.

**Angustia Patológica en el Adolescente:** El adolescente ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Así, puede observarse inquieto por su salud física, irritable o con episodios agudos de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno. En la adolescencia temprana, puede presentar expresión conductual de la angustia, con crisis de rabia, fugas, demandas excesivas, somatizaciones etc. A medida que evolucionan los recursos cognitivos, la capacidad para anticipar eventos se establece como una operación mental estable, permitiendo tener conductas preparatorias, pero a la vez experimentar incomodidad ante la posibilidad de eventos futuros desagradables.

Muchas veces se plantea un dilema para distinguir la angustia normal de la patológica, dado que muchas angustias o ansiedades son comunes y pueden jugar un rol adaptativo en el ser humano. Se puede decir que un adolescente con una angustia normal tiene la capacidad de recuperarse de ella y de permanecer libre de ansiedad cuando no está presente la situación. La angustia, en general, es patológica cuando existe incapacidad para recuperarse rápidamente cuando el estímulo desaparece, afectando el funcionamiento de áreas de su desarrollo, manifestando preocupación relacionada con situaciones parecidas y poca flexibilidad de la respuesta afectiva.

En resumen, hay sufrimiento, disfunción de áreas de su desarrollo y poca flexibilidad frente a los problemas (3).

### TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO

La característica central de este trastorno es que existe una preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos, con ausencia de una alteración orgánica que explique los síntomas, con una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del adolescente, generando deterioro social o académico. Estas alteraciones pueden exacerbarse por períodos; puede experimentar irritabilidad, tensión muscular, sensación de fatiga o falta de energía, dificultad para dormirse, sueño inquieto, poco satisfactorio, preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia, déficit de atención e inquietud, quejas somáticas sin causa orgánica específica, tendencia al perfeccionismo y extrema cautela. Suelen mostrar aprensión respecto a temas de adultos como la muerte, la enfermedad, la vejez, situaciones conflictivas de relaciones, problemas económicos etc. Este trastorno se asocia con frecuencia con trastornos depresivos, fóbicos.

*Prevalencia:* Se estima en Chile un 8,2% con un grado de discapacidad de 2,6% en adolescentes de 12 a 18 años (Vicente y cols).

*Etiopatogenia Aspectos neurofisiológicos:* Ante una situación de peligro, el organismo humano reacciona en forma global, preparándose para la lucha o la huida. En líneas generales el estímulo que puede ser dolor o algo desagradable o temido, genera activaciones de diversos

sistemas siendo uno de los más estudiados la hiperactivación del locus cerúleus de la protuberancia, zonas del tálamo e hipotálamo, entre otros, lo que desencadena activación del sistema simpático y parasimpático, preparando al sistema muscular, generando taquicardia, aumento del débito cardíaco, aumento de la respiración y oxigenación, transpiración, dilatación pupila, vasoconstricción visceral intensa, aumento de la presión arterial.

En la angustia patológica el estímulo básico, es la interpretación psíquica anormal de una situación de peligro, la cual que puede ser externa o interna. Se generaría una alteración neurobiológica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la regulación de la secreción de hormonas tiroidea y de crecimiento. También ha sido involucrada una disfunción de la noradrenalina, la serotonina, la adenosina, y el ácido gamaaminobutírico (GABA).

Se han postulado varias teorías psicológicas relacionadas con la angustia patológica como la psicodinámica, el enfoque conductual, el cognitivo conductual, el enfoque sistémico, etc.

Estudios han demostrado que el temperamento tímido inhibido puede constituir un factor de riesgo importante para el desarrollo de un trastorno de angustia excesivo. No se sabe suficiente sobre estudios longitudinales de este trastorno de ansiedad generalizada.

*Tratamiento.* Están indicadas principalmente las psicoterapias psicodinámicas y cognitivos conductuales, teniendo mayor evidencias empíricas estas últimas.

En el campo de la psicofarmacoterapia se han utilizado los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de la serotonina con mayor sustento en la investigación que las benzodiazepinas.

## TRASTORNO DE ANGUSTIA

Se refiere a crisis de angustia repetida e inesperada, seguida de temores y preocupaciones persistentes respecto a futuras crisis y las consecuencias de las mismas. En adultos corresponde a trastorno de pánico. Según el DSM IV se describen los siguientes síntomas que alcanzan un máximo en un plazo de 10 minutos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensaciones de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. Estas crisis se pueden asociar a un acontecimiento estresante reciente, a prolapso de la válvula mitral, o frente a situaciones específicas estresantes.

Este trastorno se puede dar con o sin agorafobia, que es la angustia que presenta el sujeto al sentirse solo sin ayuda en lugares concurridos o situaciones en que no puede escapar fácilmente.

*Prevalencia:* No existen aún estudios específicos, pero se estima una

frecuencia de 0.6% en población escolar adolescente, predominando la presentación en mujeres. Es raro antes de la pubertad.

*Diagnóstico Diferencial.* Es importante descartar trastornos médicos como hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, diabetes juvenil, crisis comiciales, alteraciones vestibulares o problemas cardíacos como el prolapso de la válvula mitral. Con otros trastornos ansiosos como el trastorno por ansiedad de separación, fobia social o específica.

*Tratamiento:* A partir de la experiencia en el tratamiento de adultos, se recomienda tratamientos conductuales, cognitivos y farmacológicos no existiendo evidencia controlada en los resultados en niños y adolescentes. Se han utilizado benzodiazepinas como clonazepam y alprazolam así como antidepresivos tricíclicos y serotoninérgicos que han tenido resultado exitoso en el tratamiento de adultos con ataques de pánico.

## TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catstrófica en que el adolescente ha estado expuesto. Ej.: abuso físico o sexual, secuestro, exposición a violencia, testigos de conductas suicidas, homicidios, desastres naturales, accidentes, etc.

Este trastorno tiene varios núcleos centrales: La re-experimentación del trauma, el comportamiento equitativo, el embotamiento afectivo y el estado de activación y alerta.

Esto se traduce en recuerdos intrusivos y recurrentes del acontecimiento traumático, como "flash back", produciendo malestar psicológico intenso, deterioro de la función social y escolar, pudiendo haber restricción de la vida afectiva, pesadillas y alteración del sueño, irritabilidad y depresión, intentos de evitar todo lo que se asocia a la experiencia traumática, agresividad, quejas somáticas sin causa orgánica.

También puede haber reactivación de la experiencia traumática como una sobre respuesta al estrés y a la vez como un esfuerzo de compensar mediante la acción, el momento original de desvalimiento traumático. Buscan activamente participar en una reactivación siendo especialmente riesgoso en los adolescentes por su acceso a armas, drogas, automóviles.

La angustia frente a recuerdos traumáticos puede surgir por sensaciones visuales, auditivas, táctiles, olfatorias, atributos físicos de una persona que recuerde al asaltante, etc.

*Prevalencia:* No hay estudios conocidos en adolescentes. En adultos la prevalencia actual y de vida oscila entre un 0,4 y 1,3%. Los síntomas remiten en un plazo de tres meses en la mitad de los casos, pero en otros pueden persistir durante años. Puede haber un trastorno por estrés post traumático de aparición tardía, en que los síntomas no se manifiestan hasta 6 meses después del acontecimiento traumático.

*Tratamiento:* Está dirigido a una rápida intervención con análisis e interpretación de la situación seguido de un tratamiento multimodal que incluye psicofármacos, psicoterapia de apoyo o cognitivo conductual, así como intervenciones grupales o terapia familiar.

### TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

El adolescente temprano puede experimentar una angustia excesiva desencadenada por la separación principalmente de la madre u otra persona significativa o de su hogar, de al menos de cuatro semanas, produciendo un deterioro significativo en su funcionamiento escolar y social. Su curso es oscilante y es frecuente observar además rechazo o falta de asistencia escolar, miedo a estar solo, negativa a dormir solo en su pieza, pesadillas con contenidos de temáticas de separación, temor y preocupación que los seres queridos sufran daños durante la separación, quejas somáticas sin causa orgánica demostrable.

En su etiología se postula una dificultad en el proceso de individuación-separación, vulnerabilidad personal dada por el temperamento o a situaciones contingentes o de dinámica familiar. La mayoría de las veces se encuentran varios factores que interactúan entre sí.

Este es un trastorno característico de la edad media escolar, entre 7 y 9 años de edad. Se considera un factor de mal pronóstico la aparición del trastorno en la adolescencia, siendo frecuente que presente otros trastornos psiquiátricos, especialmente del desarrollo de personalidad y la presencia de trastornos psicopatológicos en la familia.

Este trastorno se asocia a trastorno de angustia generalizado en el 50% de los casos y a depresión en el tercio de los casos.

La consulta de estos adolescentes se inicia por dificultades escolares, por quejas somáticas, rechazo escolar, agorafobia, planteando un serio problema de manejo a los padres y al colegio.

*Tratamiento:* es complejo en adolescentes, especialmente si se asocia a rechazo escolar, pues generalmente están involucrados más factores personales y psicosociales.

Las terapias conductuales y cognitivas son de utilidad, con un enfoque familiar de la situación, ya que el problema de la autonomía -dependencia, es un dilema que también la familia debe afrontar. El uso de psicofármacos puede ser utilizado en los casos más severos en que la angustia y la depresión son difíciles de controlar con las medidas expuestas; se ha utilizado el uso de antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina acompañado de benzodiazepinas como el alprazolam o clonazepam.

### FOBIA SOCIAL

Se caracteriza por presentar ansiedad específica en contextos de grupos ya sea de pertenencia o no, pero especialmente ante extraños en

situaciones sociales de distinto tipo. Existe evitación de la situación temida o la soportan con un malestar importante. Se asocia generalmente a desarrollo de personalidad en la línea inhibida ansiosa dependiente, con timidez previa y no es raro que presenten gran angustia e inhibición aguda frente a las evaluaciones o disertaciones en público. El inicio es insidioso y el adolescente puede reconocer que el temor es excesivo y poco razonable lo que afecta su socialización.

La fobia social tiene una prevalencia en Chile de 5.1% con una discapacidad de 3,9%.  
(Vicente y cols.).

En su tratamiento están indicadas estrategias conductuales y cognitivo conductuales como exposición, desensibilización sistemática, la práctica reforzada, manejo de contingencias y reforzamiento operante, técnicas de modelado, entrenamiento en habilidades sociales, terapia de grupo. En cuanto a psicofármacos no está suficientemente sustentada su eficacia en niños y adolescentes pero algunos muestran mayor control de la angustia con antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina, las benzodiazepinas, bloqueadores beta y la buspirona.

### FOBIA ESPECÍFICA

En este trastorno existe un temor excesivo, irracional y persistente ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, puede asociarse a discapacidad social o escolar. Son trastornos relativamente frecuentes en la niñez, menos en la adolescencia, afectando más a las mujeres y que pueden estar influidos por factores culturales y étnicos. En su etiología existen más evidencias empíricas en las teorías conductuales que lo explica a través del condicionamiento clásico y operante. Se postula también que en algunas fobias específicas intervengan factores ontogenéticos de preservación de la especie.

En el tratamiento se utilizan los mismos métodos cognitivo conductuales que los utilizados en la fobia social, especialmente la exposición gradual y la desensibilización sistemática.

### TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en niños y adolescentes es un trastorno neurobiológico que tiene continuidad psicopatológica hacia la adultez y puede alterar de forma importante el desarrollo psicoemocional del adolescente por la sensación de falta de libertad, de diferencia con sus pares con angustiantes ideas de daño, de contaminación, de dudas o de culpas resultando en un estado que si no es ayudado será de sufrimiento intenso y con diferentes grados de discapacidad. Actualmente se considera como un trastorno aparte de los trastornos ansiosos y más relacionado con otros trastornos a los que se denomina que están en la dimensión o espectro obsesivo-compulsivo.

*Definición:* El trastorno Obsesivo Compulsivo es una categoría diagnós-

tica psiquiátrica que se emplea descriptivamente para los individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas. Para distinguir entre fenómeno obsesivo normal o patológico, el criterio del DSM IV exige que la obsesión o la compulsión sea experimentada por el individuo como inapropiada y además que tenga la suficiente intensidad, frecuencia y duración que sea una suficiente fuente de estrés para el individuo. Los pensamientos, impulsos o imágenes que caracterizan al TOC se distinguen de las preocupaciones excesivas de la vida o conducta diaria en que interfieren el funcionamiento y la rutina normal del individuo así como la relación con otros. Además, se requiere que el individuo reconozca que el contenido de sus pensamientos es el producto de su mente y que existan esfuerzos para resistir, ignorar o suprimir estos pensamientos, siendo de todas formas ineficiente.

Por compulsión, se entiende una conducta repetitiva en respuesta a una idea obsesiva, o acorde a reglas rígidas que deben ser seguidas en forma estricta. La compulsión no es gratificante, pero logra reducir la ansiedad o estrés asociada con alguna situación o idea amenazante. La conducta compulsiva es también excesiva y pierde la relación con la situación temida.

Para algunos autores el reconocer por parte de los pacientes las obsesiones como sin sentido o ilógicas no es tan claro, especialmente en los casos graves, así como tampoco la resistencia al síntoma que también se describe en la mayoría de estos pacientes. Esto es particularmente evidente en los niños en que el pensamiento depende del grado de desarrollo cognitivo que han alcanzado.

**Prevalencia:** La prevalencia de este trastorno en la población general de niños adolescentes sería de 0.3 a 1% y prevalencia de vida de 1.9%, la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos, que no alcanzan a constituir TOC, se estima en un 19%, sin encontrarse diferencias significativas respecto del sexo o la raza. En cuanto a la diferencia por sexo, se ha encontrado un predominio de hombres en las presentaciones del TOC más precoces, prepuberales y puberales, siendo de frecuencia similar en la adolescencia tardía.

**Edad de Comienzo:** Estudios retrospectivos en adultos con TOC han mostrado que aproximadamente un tercio de ellos presentó el comienzo de la sintomatología antes de la edad de 15 años, la mayoría de los síntomas los presentarían entre 10 a 24 años, pero un tercio de ellos los presentaría aún antes. Casos aislados se han descrito desde edades tan tempranas como los dos años. Diversos estudios sitúan la edad de comienzo más frecuente entre los 10 y 12 años, el 7% habría iniciado su trastorno entre los 3 y 5 años. La evolución de los casos precoces, en general se describe de carácter crónico con exacerbaciones periódicas.

**Manifestaciones Clínicas:** La presentación clínica del TOC en niños y adolescentes puede ser muy similar a la presentada por los adultos, estas incluyen: lavado de manos, ducha, cepillado de dientes en forma excesiva, rituales de revisiones repetitivas, rituales de remoción de contaminantes, tocar objetos, tomar medidas para prevenir daños en

sí mismos o en otros, rituales de coleccionar, rituales de limpieza de la casa, preocupación por suciedad, gérmenes, toxinas, ideación catatónica, rituales de simetría, orden, de exactitud, de contar, obsesiones religiosas, preocupación o disgusto por excreciones corporales, contar números de mala o buena suerte, pensamientos agresivos, prohibidos, sexuales.

Los síntomas generalmente no son únicos, sino que se dan en combinación y es habitual que el paciente los vaya refiriendo en la medida que se alcanza un vínculo terapéutico adecuado, y no es raro también que los padres se atrevan a referir en el transcurso del estudio o tratamiento de sus hijos que ellos presentan sintomatología similar.

**Etiología:** La mayoría de los estudios en relación a etiología de estos trastornos apuntan a que los individuos que desarrollan esta patología obsesiva compulsiva tienen una vulnerabilidad biológica, genética, para presentar estos fenómenos. La etiología del TOC es desconocida, pero parece estar relacionada con una disfunción que abarca lóbulos frontales, sistema límbico y ganglios basales. La disregulación de neurotransmisores y susceptibilidad genética serían factores importantes en este trastorno. Se ha postulado la hipótesis de la serotonina, la cual está basada en los resultados de los tratamientos con bloqueadores de la serotonina que han mostrado ser de eficacia específica en el TOC. Estudios neuroanatómicos, neurofisiológicos, neuroinmunológicos y anomalías metabólicas apoyan estas hipótesis.

Se ha descrito además un incremento de la incidencia del TOC en pacientes pediátricos con Corea de Sydenham, postulándose que estos pacientes producían anticuerpos que afectarían el núcleo estriado. A raíz de estos estudios se ha establecido que un sub-grupo de pacientes con TOC, tendría una etiología similar, observándose la sintomatología por primera vez o exacerbación de patología previa después de infecciones estreptocócicas como amigdalitis o faringitis, coincidiendo con título de antiestreptolisinas altas. Se les ha denominado PA.N.D.A.S (Post-autoimmune neuropsychiatric disorder after streptococcal disease).

**Trastornos Asociados:** Muchos trastornos coexisten con TOC. Alrededor del 70% de los adolescentes que presentan TOC tienen uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales, trastornos ansiosos en un 40%, trastornos depresivos en un 35%, trastorno oposicionista 11%, trastorno de déficit de atención 10%, trastorno de conducta y uso de sustancias 33%, trastorno de aprendizaje 24%, tic motores 20-30%.

**Tratamiento:** Por las características propias de las personas en desarrollo, se postula para niños y adolescentes un tratamiento multimodal que contemple: Farmacoterapia, Instrucción conductual, Intervenciones familiares, Terapia individual y/o grupal, Apoyo y Rehabilitación escolar. Farmacoterapia: Estudios han demostrado que los niños con TOC, responden igualmente bien que los adultos con clomipramina o con uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, sertralina, fluvoxamina. El tiempo de tratamiento es prolongado de al menos 8 meses, siendo muy importante acompañarlo de instrucción conductual para disminuir las recaídas.

**Instrucción Conductual:** Las técnicas conductuales de exposición y prevención de la respuesta, han mostrado también ser un tratamiento efectivo para el TOC en niños y adolescentes. Actualmente se usan protocolos basados en psicoeducación y técnicas cognitivos conductuales en forma intensiva.

**Intervenciones Familiares:** Es importante realizar siempre un diagnóstico del grado de funcionalidad familiar, ya que un buen logro de esta ayudará al cumplimiento de las indicaciones del tratamiento y la no involucración en los rituales del adolescente. Es necesario tomar en cuenta además que la frecuencia de psicopatología en los padres es mayor que en la población general y que aproximadamente un 25% de los parientes de primer grado de un niño con TOC, presenta el mismo trastorno, que muchas veces es dilucidado en el transcurso del tratamiento del hijo, solicitando ayuda también para ellos.

## TRASTORNOS DEL ÁNIMO

En términos generales y de acuerdo a las Clasificaciones Internacionales, (5) los trastornos del ánimo tanto de adultos como de niños y adolescentes se clasifican en:

Trastornos Depresivos		
•Trastorno Depresivo Mayor	•Distimia	•Trastorno Depresivo No especificado
Trastornos Bipolares		
•Trastorno Bipolar 1	•Trastorno Bipolar 2	•Trastorno Bipolar mixto

### TRASTORNO DEPRESIVO (3-6)

**Epidemiología:** La prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes es de aproximadamente 8.6% con una discapacidad de 7%. Existe una diferencia por sexo, siendo más frecuente en mujeres que hombres (Vicente y cols.). La incidencia acumulada a la edad de 18 años es de aproximadamente de 20% en muestras poblacionales, de acuerdo a estudios internacionales (1).

La distimia ha sido menos estudiada, informándose una prevalencia de 1,6 a 8.0% en adolescentes.

Muchos estudios muestran que existe una correlación entre la depresión y mal funcionamiento de la familia. Se ha demostrado que existe una relación entre la depresión en los padres y en la de sus hijos. Al parecer no existiría diferencia por niveles socio-económicos.

Se ha observado desde la década de los 40 que cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos leves a moderados, apa-

reciendo en edades más tempranas; sin embargo, se mantiene la misma prevalencia para los trastornos más severos, postulándose que estos tendrían más influencia genética y los leves a moderados mayor influencia de factores estresores sobre una vulnerabilidad constitucional.

La comorbilidad es alta, alrededor de 40% a 90% tienen otros trastornos y 20 a 50% tienen dos ó más condiciones mórbidas. La distimia y los trastornos ansiosos son las comorbilidades más comunes, luego los trastornos conductuales y el abuso de sustancias. Además el trastorno depresivo puede manifestarse después del inicio de otro trastorno psiquiátrico.

**Curso Clínico:** La duración media de un episodio depresivo mayor es de 7 a 9 meses en casos referidos a psiquiatría y de 1 a 2 meses en la población general; se estima que el 90% de los episodios depresivos mayores remite al cabo de 1 a 2 años y 10% se prolongan más allá de ese período. Los episodios que han sido exitosamente tratados experimentan una recaída de un 40 a 60%, lo que plantea en estos casos la necesidad de tratamientos prolongados.

En los estudios de seguimiento se observa que la depresión tiende a persistir a través de los años, alrededor de 20 a 60% después de 1 a 2 años de remisión y de 70% después de 5 años.

Un 20 a 40% de los niños o adolescentes que han tenido un trastorno depresivo puede desarrollar un trastorno bipolar dentro de los próximos 5 años, por lo que es necesario tenerlo en cuenta en la educación del paciente y sus familias.

**CUADRO CLINICO:** Los trastornos del ánimo se clasifican de la misma manera para niños y adultos, según el DSM IV y el I.C.D.10, teniendo algunas variaciones en cuanto al tiempo de evolución.

**Trastorno Depresivo Mayor:** Existe un trastorno grave del ánimo depresivo o irritable diario o durante la mayor parte del día por al menos dos semanas. Su curso es episódico, con una recuperación total o parcial entre los episodios. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño a adolescente generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.

**Distimia:** Existe un estado de ánimo depresivo o disfórico de manera crónica, que es menos intenso que el trastorno depresivo mayor. La duración de este estado es de al menos un año. Es frecuente su desarrollo desde edades tempranas, refiriendo inestabilidad depresiva del ánimo, siendo poco frecuente que refieran sensación de bienestar más allá de una semana. Algunos niños mayores o adolescentes pueden tener una depresión doble, es decir una historia distímica sobre el cual se desarrolla un episodio depresivo mayor.

En general se distinguen cuatro dimensiones estructurales básicas de la depresión: 1. Humor disfórico 2. Vaciamiento de energía y de impulsos 3. Aislamiento e incomunicación 4. Ritmopatía (alteración de sueño, apetito, secreciones hormonales, etc.).



La Asociación Americana de Psiquiatría fijó como criterios de depresión tanto en adultos como en niños, la existencia de 1. Humor disfórico (ánimo depresivo o irritable) más al menos 4 de los siguientes síntomas: 2. Mal apetito o pérdida de peso o aumento del apetito con ganancia de peso 3. Dificultad para dormir o exceso de sueño 4. Falta de energía 5. Agitación psicomotora o retardo 6. Pérdida de interés o agrado en actividades usuales. 7. Tendencia constante al auto reproche o exceso de culpas 8. Disminución subjetiva u objetiva de la capacidad de concentración. 9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Estos criterios generales, muchas veces resultan insuficientes para diagnosticar depresión en las diferentes etapas del desarrollo infantil, siendo difícil obtener mayor información respecto a como el niño conceptualiza, vivencia y manifiesta sus estados de ánimo en los diversos períodos evolutivos.

Tomando en cuenta estas últimas consideraciones los autores Herzog y Rathbun han propuesto un sistema evolutivo del diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes basado en 5 etapas del desarrollo. La presencia del humor disfórico es requisito para el diagnóstico en cualquier edad. Además, por lo menos 4 conductas disfuncionales deben estar presentes y éstas también varían de acuerdo al desarrollo. En adolescentes de 13 a 18 años el ánimo disfórico se podría expresar en: Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad, irritabilidad. Las conductas disfuncionales se podrían traducir en: somatizaciones, anhedonia, inquietud/letargo, ansiedad de separación, problemas de conducta, ideación de muerte o suicidio, trastornos de apetito/sueño, trastornos de concentración, sentimientos de culpa/auto depreciación. *Tratamiento:* El tratamiento es multimodal, es decir, que considere intervenciones a nivel individual, familiar y social (pares y colegio) es el que ha dado mejores resultados, combinando distintos enfoques terapéuticos, dependiendo de la edad del niño o del adolescente.

Las terapias biológicas deben de considerarse seriamente teniendo en cuenta la edad del paciente. Deben considerarse los efectos secundarios indeseados así como el grado de severidad de la depresión para hacer este tipo de indicaciones. En general, cuando la depresión se acompaña de alteración de los ritmos biológicos, sueño apetito y la motilidad, la indicación de antidepresivos favorece la más pronta recuperación.

Como los jóvenes tienen menos tejido adiposo y más hepatocitos por unidad de peso corporal, los niveles sanguíneos del antidepresivo alcanzan niveles adecuados muy rápidamente, pero la vida media del medicamento es más corta.

Los mecanismos de acción de los antidepresivos se relaciona con inhibición de la recaptación de los neurotransmisores, desensibilización de los receptores, disminución de los receptores beta-adrenérgicos post-sinápticos y sensibilización aumentada a la serotonina post-sináptica y los receptores alfa.

Los efectos secundarios indeseables, son los mismos que en lo adultos en el caso de los antidepresivos tricíclicos, observándose una mayor tendencia en niños y adolescentes a la sedación, cardiotoxicidad, hipotensión ortostática o hipertensión. La respuesta a los tricíclicos ha sido considerada como buena en un porcentaje significativo de niños y superior a placebo.

La hospitalización de niños y adolescentes deprimidos ha ido en aumento. Especialmente indicada está cuando existe riesgo de suicidio, pudiendo salvarse así sus vidas. Estas intervenciones han permitido evaluar las dinámicas familiares y han servido de paso intermedio a la remoción del joven de ambientes familiares de alto riesgo.

## TRASTORNO BIPOLAR

Los trastornos bipolares en niños y adolescentes solo ha sido aceptada en los últimos decenios, dada la mayor precisión en la delimitación diagnóstica y los avances en el campo de la neurofisiología, genética y psicofármaco terapia en este grupo etario.

Estudios retrospectivos en adultos han mostrado que el 35% de los trastornos bipolares son precedidos por períodos variables de inestabilidad del ánimo durante la adolescencia.

### Manifestaciones Clínicas

Los trastornos del ánimo bipolar son trastornos generalmente fásicos, que se pueden alternar con episodios depresivos, de diferentes grados de severidad, desde las leves a las formas severas de tipo psicóticas. El rasgo psicopatológico esencial del estado maníaco es la exaltación del ánimo que puede manifestarse en los adolescentes de manera expansiva o irritable, además puede acompañarse de grandiosidad o elevada autoestima, disminución de la necesidad de dormir, taquialia o verborrea, distractibilidad, incremento de la actividad o agitación psicomotora, involucración excesiva en actividades placenteras que tienen alto riesgo de daño físico, arrebatos de ira o conductas sexuales inapropiadas, ocurrencias delirantes especialmente paranoideas, episodios de desestructuración y confusión.

Este estado de exaltación de ánimo puede considerarse maníaco o hipomaniaco de acuerdo a la gravedad de los síntomas existentes. Generalmente esta situación lleva al adolescente a un deterioro de sus funciones sociales en relación a su familia, pares y su escolaridad.

Este comportamiento debe tener una duración de al menos una semana en niños y adolescentes, pudiendo persistir bastante tiempo. De acuerdo a la intensidad y relación con episodios depresivos, se ha establecido tres formas de presentación del trastorno bipolar.

Trastorno Bipolar 1: presenta un episodio maníaco único.

Trastorno Bipolar II: presenta uno o más episodios de depresión mayor, no tienen episodios de manía y al menos tiene uno de hipomanía.

Trastorno Bipolar Mixto: presenta síntomas maníacos y depresivos por un período de al menos una semana.

La ciclotimia es un trastorno que se presenta por numerosos períodos de inestabilidad del ánimo en la forma hipomaniaca o depresiva por un período de una año sin tener períodos estables más allá de dos meses.

Un porcentaje importante de estos niños o adolescentes evoluciona a manía o hipomanía.

La manía de inicio en la adolescencia se caracteriza por una gravedad mayor que el de inicio en la edad adulta, teniendo más síntomas psicóticos, de tipo esquizomorfa o confusional con conductas explosivas y desorganizantes.

**Epidemiología:** Estudios en adolescentes de 14 a 16 años usando cuestionarios específicos como el DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescent) y el RDC (Research Diagnostic Criteria) para manía y trastorno bipolar. Carlson y Kashani encontraron un 0.6% en la población general. Los síntomas hipomaniacos referidos desde cuestionarios específicos para adolescentes alcanzan a un 13%.

#### **Etiología:**

Existen fuertes evidencias biológicas genéticas en la etiología de este trastorno. Estudios en gemelos y de agregación familiar los avalan. Si el trastorno comienza antes de la adolescencia los antecedentes familiares aumentan más de tres veces.

Estudios cromosómicos preliminares en adultos bipolares han sugerido un posible compromiso de los cromosomas, específicamente un brazo corto en el cromosoma 11 y otros defectos genéticos.

Los estudios sobre influencias familiares de tener un padre bipolar son muy categóricos en mostrar que los niños se crían en un ambiente disfuncional especialmente si el trastorno es especialmente de la madre en forma crónica y en períodos especialmente vulnerables del niño, afectando el vínculo temprano, el desarrollo psiconeurológico armónico y las relaciones familiares.

**Diagnóstico Diferencial:** El diagnóstico simultáneo más frecuente en los niños o adolescentes que presentan este trastorno, es el Trastorno por déficit de atención, siendo necesario un análisis psicopatológico cuidadoso, especialmente buscando la exaltación del ánimo o la irritabilidad. También en los trastornos de conducta disocial puede existir un trastorno bipolar comórbido o que explique el trastorno conductual. Es necesario además descartar causas médicas de la manía en niños y adolescentes como el uso de psicoestimulantes, cocaína, corticoides, isoniazida, hipertiroidismo, traumatismo craneal, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares (en especial lesiones del hemisferio derecho y el tálamo), trastornos comiciales (en especial con un foco temporal izquierdo), tumores del tálamo.

**Tratamiento:** Se plantea un tratamiento multimodal que integre educación al paciente y al grupo familiar; utilización de psicofármacos como el carbonato de litio, ácido valproico y la carbamazepina; psicoterapia individual y apoyo escolar.

**Pronóstico:** Es reservado en los casos más precoces. En adolescentes, estudios de seguimiento llevados por Carlson mostraron que el 60% tienen buen ajuste social, 20% tiene deterioro significativo y 25% está crónicamente discapacitado. En general los que presentan el trastorno antes de los 20 años presentan más trastornos psiquiátricos y mayores problemas de adaptación social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente, B. Saldívia, S. Rioseco, P. De la Barra F.: Proyecto Fondecyt 1070519.
2. Almonte C, García R. Epidemiología Psiquiátrica Niños y Adolescentes. C. Almonte, María E. Montt, A. Correa Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Editorial Mediterráneo. 2003. Santiago de Chile. Págs. 144-170.
3. García R, Maturana A. Problemas y Trastorno de Salud Mental en el Adolescente. Riquelme R, Quijada M. Psiquiatría y Salud Mental. Soc. Chilena de Salud Mental. 2007. Págs 681-720.
4. Pine D, Klein R. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scout S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. Fifth Edition. Blackwell Publishing. 2008. Págs 628-647.
5. American Psychiatric Association. Diagnostical and statistical manual

of mental disorders (DSM IV). 4a Edición. 2000. Washington DC: American Psychiatric Press.

6. Brent D, Weersing R. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scout S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. Fifth Edition. Blackwell Publishing. 2008. Págs 587-627.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.