Depresión en la adolescencia

Participantes:

Coordinador: Dr. Mario Souza y Machorro. Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe del Departamento de apoyo a la Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Dr. Jorge Cárdenas Arroyo. Psiquiatra y Psicoterapeuta de Grupos. Jefe de Enseñanza. Centro Comunitario de Salud Mental, SSA.

Dr. Jorge Escotto Morett. Psiquiatra y Paidopsiquiatra. Jefe de la Unidad Terapéutica de niños y adolescentes (UTNA). Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, SSA.

Dr. Víctor Guisa Cruz. Psiquiatra y Paidopsiquiatra. Jefe de la Clínica de maltrato infantil. Instituto Nacional de Salud Mental, DIF.

MT. Esther Murow Troice. Músicoterapeuta y Maestra en Psicología. Jefe del Departamento de Educación Continua. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Dr. Gilberto Salgado Arteaga. Psiquiatra y Psicoterapeuta. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM.

Coordinador ¿Cuál es la definición de depresión situada como un trastorno de la afectividad?

Dr. Escotto Todo afecto es una sensación que se representa intelectualmente y que tiene un significado particular e individual, asimismo, tiene también una expresión biológica concomitante a través del sistema nervioso vegetativo.

La depresión es un trastorno de la afectividad y una respuesta desmesurada, en intensidad y duración, que tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales y que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento y la vida de quien la sufre. La diferencia entre la depresión, como parte del desarrollo de la adolescencia y los trastornos de la afectividad, es la intensidad del cuadro y sus manifestaciones.

Sus manifestaciones clínicas comunes son abatimiento del humor, sentimientos negativos hacia sí mismo, disminución de la satisfacción o interés en estímulos antes gratificantes. Se manifiesta fundamentalmente por fluctuaciones del estado de ánimo y manifestaciones conductuales de dependencia.

La vida como proceso está plagada de contingencias, todas ellas ligadas a hechos que hacen que el individuo tenga conciencia de su ser en los cambios que le ocurren. Tales cambios hacen que la vida cobre diferentes matices y significados que suelen ser muy diversos y por ello se contemple propiamente como existencia, esto es, como una experiencia introspectiva unida a los contrastes afectivos.

La sociedad y la cultura, cualquiera que éstas sean, heredan a cada individuo un marco existencial determinado que compromete su vida intelectual y afectiva ubicándola dentro de una posición que le rige y coordina todos los actos. Los efectos de esta postura o ética determinada se hacen evidentes por medio de los estados emocionales. Todo acto o pensamiento al ser admitido, reprimido o sancionado se deja de sentir por un afecto. De la

misma manera, toda alteración perdida o cambio en la vida, se traduce en un estado particular que determina un giro en la existencia del sujeto, distinto al que se tenía con otros significados. Este estado particular, gobernará la existencia durante el tiempo que tarde la asimilación y adaptación al cambio. Ahora bien, en términos médicos este conflicto se denomina depresión y no siempre es un estado patológico. Cuando se relaciona con hechos externos y es congruente, sobre todo, en cuanto a duración e intensidad con el factor desencadenante se refiere, se puede decir que es una reacción hasta cierto punto esperable y con una explicación que la ubica como respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada y su intensidad y duración se salen de lo esperado, y tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en quien la padece, se torna entonces en un estado patológico. Vista así, las consideraciones que se deben hacer sobre ella serán de un trastorno que amerite tratamiento ya que amenaza el funcionamiento e incluso la vida de quien la sufre.

Coordinador ¿Cuál es la diferencia entre la depresión como parte del desarrollo de la adolescencia y los trastornos de la afectividad?

Dr. Guisa El periodo de la vida llamado adolescencia, significa para el ser humano cambios de gran intensidad, se enfrenta a situaciones diferentes como son las de perder su aspecto físico de niño, la necesidad de aceptar su nueva imagen corporal la cual no maneja con habilidad y también el hecho de que a pesar de persistir fuertes necesidades de dependencia empieza a ver que sus padres no son ya las figuras omnipotentes y perfectas que él había querido en la infancia, por lo tanto, empieza a rechazarlos, aparecen en él resentimientos ante los padres y los maestros, el joven empieza a combatir con rabia cualquier símbolo de sumisión a los adultos y rehusa muchas cosas como adherencia a las reglas familiares, a los horarios, a los programas de clase, etc.

El joven sustituye sus valores infantiles con nuevos ideales en un intento de adquirir identidad propia, asimismo, las nuevas necesidades sexuales del adolescente que significan una búsqueda de su identidad sexual y los cmabios en sus relaciones familiares y sociales implican una pérdida de su seguridad infantil y como tal están señalando una parte normal en el desarrollo de la adolescencia.

Por lo anterior puede decirse que el adolescente se encuentra en un proceso renuente, que ante tales situaciones produciéndole cambios emocionales fluctuantes puede reaccionar con un idealismo extremo y un optimismo que le permite ignorar todos los obstáculos, o bien con un pesimismo aplastante que le produce depresión e incluso pueden juntarse ambas actitudes y conductas en forma alternante. El mismo adolescente puede encontrar solución a este proceso normal mediante el apoyo en sus compañeros y a través de la indentificación con los adultos que son altamente significativos para él. Ahora bien, si la intensidad y la prolongación de este estado depresivo obliga a pensar en un proceso patológico dadas las características que representa el proceso y esto es aunado a una historia personal alterada como pérdidas parentales tempranas, rechazo materno o antecedentes familiares positivos a las alteraciones afectivas endógenas, entonces, deberemos estar pensando clínicamente en un trastorno de la afectividad, por lo que la diferencia básica entre un proceso normal y uno patológico sería la intensidad del cuadro y las manifestaciones que produjera.

Coordinador ¿Existen formas clínicas típicas de la depresión en la adolescencia, que con-

tengan elementos fundamentales para su diagnóstico?

Dr. Salgado Si bien recientemente se ha considerado que la depresión es esencialmente un trastorno fundamental del humor, el estado actual de nuestros conocimientos no nos permite afirmar cuál de los múltiples componentes del cuadro clínico es primario; o bien si todos ellos son manifestaciones externas de un proceso patológico todavía desconocido. La expresión clínica típica de la depresión puede observarse en prácticamente todos los aspectos de la personalidad, y es frecuente que se traslape o se sobreponga a muchos otros cuadros patológicos. Se pueden mencionar algunas manifestaciones clínicas más particulares. Por ejemplo, en el área emocional son comunes el abatimiento del humor, sentimientos negativos hacia sí mismo, disminución de la satisfacción o el interés de estímulos que anteriormente habían sido gratificantes, y ataques de llanto. Las alteraciones cognoscitivas se refieren a la percepción de un autoconcepto negativo que incluye pérdida de la autoimagen, expectativa como ser derrotado o rechazado; autocrítica exagerada; autoculpabilidad; distorsión de la imagen corporal e indecisión paralizante. En el terreno de las motivaciones, el futuro pierde significado positivo y concurren ideas de evitación, escape o retirada, que cuando son muy intensas pueden conducir a la farmacodependencia o al suicidio como complicaciones.

Por su parte, las manifestaciones neurovegetativas y físicas de la depresión pueden resumirse en pérdida de apetito, insomnio, disminución de la líbido o del deseo sexual, fatigabilidad y otras. Finalmente, en la actividad psicomotora, observamos agitación o lentificación de movimientos, que en las formas psicóticas, se pueden agregar la presencia de delirios y alucinaciones. Una historia clínica completa, la integración del estudio psicodinámico, y eventualmente métodos de laboratorio son los principales recursos con los que se cuenta para establecer el diagnóstico, considerándo que el cuadro típico de la depresión no es principalmente observado en la adolescencia, la presencia de farmacodependencia, violencia exagerada, la tendencia a realizar conductas impulsivas inconscientes, llamadas de "acting out", reacciones sadomasoquistas, conflictos graves de identidad y con la autoridad, tanto como conducta destructiva, deben hacernos sospechar la existencia de una depresión en esta etapa de la vida.

Coordinador ¿Cuáles son los principales rasgos clínicos de las manifestaciones depresivas en la adolescencia?

Dr. Guisa Desde un punto de vista clínico práctico, la depresión en la adolescencia se manifiesta fundamentalmente por las fluctuaciones importantes que le dan un carácter muy inestable al estado de ánimo y por las manifestaciones conductuales de dependencia. Las interferencias tempranas en los procesos de individuación e identificación sexual que caracterizan el desarrollo en la adolescencia, son básicamente debidas a la inmadurez, la superficialidad de la estructura del carácter y la falta de consistencia. De éste, que hacen que el sujeto manifieste una conducta más o menos típica. El adolescente está consciente de su enorme necesidad de emancipación, pero se ve envuelto en una lucha desesperada contra su incapacidad por lograrla. Frecuentemente los jóvenes son hipocondriacos o bien manifiestan diferentes perturbaciones de índole psicosomática y asimismo, observan una conducta acompañada de violencia, actitudes parasuicidas, como conducir autos a gran velocidad, el consumo indiscriminado de drogas, el refugio en sectas religiosas que le proporcionan algún grado de seguridad y todas aquellas actitudes y conductas que paradógicamente lo van a hacer sentirse adulto.

McCurdi señaló hace muchos años lo que él consideraba "la depresión del adolescente", refiriéndose con ese término a algunas variedades de conducta que los jóvenes exhibían fundamentalmente la promiscuidad sexual, el consumo de drogas, las aventuras temerarias y otras muchas manifestaciones conductuales que caracterizan este cuadro clínico de la depresión.

Por otra parte, durante la adolescencia pueden aparecer algunas muestras incipientes o precocez de enfermedad ciclíca llamada maniacodepresiva aunque es posible que la enfermedad surja en la niñez, lo cierto es que la

mayor parte de los casos se manifiestan en la adolescencia; tal diagnóstico puede ser difícil, pero en los adolescentes a los que finalmente se identifica como maniacodepresivos, se advierte la presencia de cambios en el estado de ánimo más prolongados y profundos, más cambiantes que los habituales, y por ello no logran ligarse con la realidad, por lo que podría considerarse desde el punto de vista psicodinámico que no encuentran un sitio adecuado para su yo.

La depresión es el resultado de la incapacidad del ego de la persona para comprender la pérdida de un objeto significativo. El surgimiento de una idea de pérdida, ya sea simbólica o fantaseada, puede producir una respuesta emocional similar a la que ocurriría si la pérdida realmente hubiera existido. La incidencia elevada de depresión en los padres es una fuente importante de depresión para el hijo. La dificultad para manejar la agresión y la hostilidad, dirigida por los padres contra el niño y el rechazo manifiesto de los padres son factores básicos para explicar las causas de la depresión. La alianza terapéutica con el adolescente se establece como parte del tratamiento psicoterapéutico y debe producir el acercamiento emocional que permita al adolescente superar la crisis.

Coordinador ¿Cómo se describe la psicodinámica de la depresión en la adolescencia?

Dr. Salgado Utilizando el marco teórico de las relaciones llamadas objetales, la depresión es el resultado de la incapacidad del ego de la persona para comprender la pérdida de un objeto significativo. Existe una íntima conexión entre los estados cognoscitivos y emocionales y son susceptibles de influirse mutuamente en una relación de causa-efecto. Un contenido cognoscitivo determinado, libera emociones congruentes con determinado contenido, de ahí que el surgimiento de una idea de pérdida, ya sea simbólica o fantaseada, pueda producir una respuesta emocional similar a la que ocurriría si la pérdida realmente hubiera existido.

La relación inversa también ocurre, es decir, los estados emocionales alterados pueden sugierir la percepción de una pérdida de objeto o liberar el temor de que pueda suceder una pérdida: Este error cognoscitivo puede conducir a la ideación depresiva y su comprensión es crucial para la intervención terapéutica de índole psicológica. La pérdida de un objeto significativo se percibe como una pérdida de "sí mismo", y conduce a la ruptura de la homeostasis que las funciones psicológicas del ego de la persona, experimenta como sentimientos de abandono o aniquilamiento, y automáticamente se generan mecanismos de defensa y también de restauración. Tales mecanismos sólo operan cuando se ha logrado el desarrollo adecuado del aparato psíquico y se expresan claramente en el proceso de duelo. El crecimiento y desarrollo del aparato psíquico, culmina al término de la adolescencia, con la síntesis de una estructura de carácter independiente, indispensable para que el proceso de duelo pueda completarse. Esto explica porque en esta etapa de la vida, se observan con tanta frecuencia reacciones de frecuencia que son consideradas normales, y depresión clínica, que siempre es patológica.

Existen cinco etapas del duelo, que corresponden a las etapas del desarrollo psíquico, son: negación (pre-simbiótica), depresión (simbiótica), separación-individuación (separación-individuación) ira hacia el objeto perdido (edípica-fase de latencia), y reconstrucción (término de la adolescencia).

Cuando la pérdida del objeto, metafóricamente hablando, puede manejarse a través del cumplimiento de las etapas del duelo, se logra finalmente la restauración del equilibrio del ego y la respuesta que se observa en la persona se considera una reacción depresiva normal. Cuando los mecanismos del duelo son cuantitativa y cualitativamente deficientes, ya por trastornos en el crecimiento o en el desarrollo temprano del aparato psíquico, las etapas del duelo nos e complementan y pueden establecer la depresión clínica.

En resumen, los síntomas de depresión clínica con sus componentes cognoscitivos motivacionales, afectivos, vegetativos y motores, se manifiestan cuando no existe la restauración de la homeostasis del ego e indican conflicto en el proceso del duelo.

Coordinador ¿Qué condiciones medioambientales facilitan u obstaculizan la adolescencia y cuáles de estos factores pueden generar depresión?

MT. Murow Sobre los orígenes de depresión en el niño, pueden existir algunas tendencias que influyen en él directamente. 1. La incidencia elevada de depresión en los padres es una fuente importante de depresión para el niño basada especialmente en la identificación con ellos, así mismo, los padres pueden utilizar la depresión de forma defensiva o bien, que influya ésta de tal forma que los niños pueden manifestarse de manera depresiva al no descargar su tensión en juegos agresivos; 2. La dificultad para manejar la agresión y la hostilidad, sea ésta dirigida por los padres contra el niño como objeto impotente o ya sea, que los padres deprimidos se tornen inalcanzables para el niño; 3. El rechazo manifiesto y abierto de los padres. Consideramos que en la adolescencia las depresiones clínicas tienden a organizarse a partir de las bases del desarrollo en la infancia entonces los factores familiares ya mencionados son básicos para explicar las causas de la depresión cuyo origen se halla precisamente en la interacción con la familia.

Durante la adolescencia los padres pueden influir de manera importante, tanto en la exacerbación como en el alivio de la depresión. Si los padres no son comprensivos se tornan demasiado fríos y lejanos o demasiado demandantes y asi además, no tienen un sustituto parental, es más probable que el joven presente una depresión más significativa, a veces el fracaso escolar puede ser una causa de depresión importante e incluso de intento suicida aunque también se puede plantear que una depresión es causa de fracaso escolar, de cualquier manera en el primer caso, esto se puede tomar con incredulidad. Pero en otros, los fracasos escolares orillan a algunos adolescentes a tomar la decisión final del suicidio.

Tanto la depresión, como el suicidio, son productos de un mismo proceso que se evidencia en los casos, en los que los jóvenes y sus padres, se atribuyen demasiada importancia al éxito escolar, algunos padres encomiendan a su hijo la realización de su ideal y al mismo tiempo utilizan los resultados escolares como medida depresiva, lo cual es muy difícil de soportar.

Por lo tanto, el joven puede no poder expresar su agresión hacia los padres y hacia la sociedad por lo que la vuelca hacia sí mismo con la consecuencia final de un cuadro depresivo.

Existen otros trastornos intrafamiliares que pueden explicar la depresión en el adolescente por ejemplo, la depresión que sufre el joven por la pérdida de la imagen paterna de su niñez y la carencia parental que implica defraudar a los padres de las esperanzas conscientes e inconscientes puestas en ello por sus hijos, tal carencia parental se manifiesta de determinadas formas, muerte de alguno de los progenitores, lo que es vivido como abandono y en donde hay tristeza mezclada con odio, es decir ambivalencia.

La ausencia de un progenitor o ambos, el divorcio, o una mala relación de pareja, los defectos de los progenitores, sus cualidades y defectos que están sumamente deformados y se les juzga según los valores sociales convencionales, el abandono por preocupaciones externas o por aislamiento e incluso también por delegar el cuidado de los hijos a otras personas, carencias de afecto y emocionales de apoyo y de comprensión por parte de los padres. En este punto cabría preguntar, por qué algunos jóvenes en las mismas circunstancias se deprimen y otros no.

Lo que es evidente es que aunque los padres del joven consideran que su hijo ya está grande encuentran una etapa donde necesita apoyo, cariño, comprensión y guía, como en etapas anteriores de su desarrollo y esto debe de señalarse con toda propiedad sobre todo por la trascendencia que tiene para fines preventivos.

Coordinador ¿Cómo se establece y qué importancia tiene la relación terapéutica en el manejo de los problemas de la adolescencia?

Dr. Escotto La alianza terapéutica con el adolescente debe de considerarse como una situación constante y flexible, se establece porque es necesaria como parte del tratamiento psicoterapéutico, médico y en general de cualquier tratamiento.

Por las características propias del joven que tiende a perder estructura con facilidad, es importante comprender que la consistencia debe de ser suficientemente elástica como pa-

Cuadro 1. Modalidades terapeuticas de la depresion en los adolescentes

Nombre genérico	Nombre farmacológico	Posología	Dosis	Duración
I. Farmacológicas				
Tricíclicos	Imipramina	Grageas 25 mg	50-300 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (6-8 semanas)
	Clorimipramina	Tabletas o grageas 25 mg	25-100 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (6-8 semanas)
	Amitriptilina	Tabletas 25 mg	25-150 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (6-8 semanas)
	Nortriptilina	Cápsulas y comprimidos 25 mg	25-150 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (6-8 semanas)
Inhibidores de la monoaminoixidasa	Fenelzina	Grageas 15 mg	15-45 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (4-6 semanas)
	Isocarboxizida	Tabletas 10 mg	10-30 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (4-6 semanas)
Antimaniaco	Carbonato de litio	Cápsulas y comprimidos 300 mg	300-1200 mg/día en tres tomas (se ajusta según nivel de litio sanguíneo)	Variable Según respuesta (10-12 semanas)
Ansiolíticos	Diazepam	Tabletas 10 mg	15-60 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (4-6 semanas)
	Clorodiazepóxido	Tabletas, grageas y comprimidos 10 mg	10-60 mg/día en tres tomas	Variable Según respuesta (4-6 semanas)
	Lorazepam	Comprimidos 1 y 2 mg	2-4 mg/día en dos o tres tomas	Variable Según respuesta (2-4 semanas)

II. Psicoterapéuticos

Psicoterapia individual-Cognoscitiva-Generadora de *insight* (autoadvertencia)
Psicoterapia de grupo (ambos sexos)-Enfocando conflicos de relación personal, rebeldía, etc.
Psicoterapia individual-Conductiva-Enfocando los síntomas depresivos
Psicoterapia familiar-Enfocando la dinámica del grupo familiar
Otras

ra permitirle adaptarse y hacer que enlace con el terapeuta el tratamiento a seguir, éste por su parte debe estar consciente de que representa la figura de un adulto, pero de tal manera que ésta no necesariamente signifique un conflicto para el joven.

El papel del terapeuta frente al paciente debe además de ser controlado y de dar seguridad y firmeza que exponga un uso inteligente de la autoridad y que se ofrezca como un ideal del Yo psicológico del sujeto.

Además de estas consideraciones, debe de tener la capacidad de poder tolerar la desconfianza y la arrogancia del joven, ya que está entendiendo una etapa en la vida en la que como parte de un proceso de crecimiento, esto se presenta casi con regularidad.

Por lo tanto, la alianza terapéutica así llevada debe producir la empatía suficiente, el acercamiento emocional que genera apoyo y confianza, y es precisamente el que permite superar las crisis y proporcionar un ideal para que el adolescente se identifique y consolide finalmente su personalidad, tomando en cuenta las reglas morales y sociales de la sociedad con las cuales pueda interactuar adecuadamente con sus compañeros, sus familiares y con el medio en general.

La psicoterapia y la administración de psicofármacos se usan para el tratamiento de la depresión en la adolescencia. Conviene utilizar tanto la psicoterapia individual como la de grupo; la medicación antidepresiva debe considerarse por el riesgo de suicidio. En Europa se usan los inhibidores de la MAO combinados con diacepam, en EUA el uso de antidepresivos está limitado y tiene otras indicaciones, en transtornos no afectivos. Entre los medicamentos triciclicos y tetracíclicos los más prescritos son la imipramina y la amitriptilina. En la terapia de grupo, este debe ser homogéneo en cuanto a la edad, formado por ambos sexos y por pacientes con diversas categorías diagnósticas; en ocasiones se incluyen adolescentes en grupos de adultos.

En la psicoterapia individual se intenta proveer al paciente de un marco de referencia más realista del mundo exterior y mejorar la calidad de sus percepciones cognoscitivas.

Coordinador ¿Qué generalidades sobre el tratamiento de la depresión se pueden comentar para fines prácticos?

Dr. Escotto La depresión en la adolescencia es un estado consecutivo a los cambios físicos y a su repercusión en la esfera psicológica, y por tanto emocional, y como tal es un estado funcional que no debe considerarse anormal, como ya se ha mencionado, cuando este estado se desvía e intensifica, debe de merecer la atención médica. En virtud de que todo caso depresivo comparte características con los otros cuadros patológicos, el tratamiento debe dirigirse a las características propias que reviste cada etapa del ciclo vital en este caso, el de la adolescencia.

La psicoterapia en sus diferentes modalidades y la administración de psicofármacos en sus diferentes tipos, son una segunda instancia que puede generalizarse al tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La psicoterapia individual por ejemplo, debe elegirse como un método para las características particulares de cada caso. Por otro lado debe recordarse que el adolescente necesita del grupo al que pertenece, esto es, de otros adolescentes semejantes a él, por lo que los grupos de apoyo, que ofrecen terapias verbales y recreativas son de suma utilidad para ubicar al paciente en su circunstancia particular. Con estos grupos se regulariza el exceso o falta de socialización tan comunes en estos estados depresivos y tan frecuentes en esta etapa de la vida. Con estos dos métodos mencionados, se puede manejar con mayor facilidad tanto los aspectos individuales como los generales y el paciente obtiene así un lugar que lo ubica más objetivamente. Cuando el caso rebasa los márgenes de funcionalidad, debe de considerarse el uso de medicación antidepresiva, sobre todo, y esto es lo más importante, porque el riesgo de suicidio siempre está presente en algunas modalidades depresivas. En la adolescencia, surgen las primeras consideraciones de suicidio formales, y la muerte por esta causa puede presentarse.

En conclusión, el tratamiento de un adolescente deprimido, debe ubicarlo en el ámbito que implica su propio desarrollo, en congruencia con sus relaciones familiares y dentro del grupo al que pertenece.

Coordinador ¿Qué aspectos farmacológicos debe de considerar el tratamiento de la depresión en los adolescentes?

Dr. Guisa En contraste con la abundante información que existe en el tratamiento de los desórdenes afectivos en el adulto, en la infancia y en la adolescencia ésta es muy escasa; es interesante señalar que en Europa, donde el concepto de los desórdenes afectivos de la infancia y adolescencia son aceptados como entidades endógenas, es decir, producidas biológicamente por un estado genético particular de los individuos, recomiendan mucho el uso de medicamentos del tipo antidepresivo y antimaniaco; en los Estados Unidos de Norteamérica, el uso de estos fármacos o drogas, como ha sido considerada en la literatura mundial, están limitadas y curiosamente se administran en trastornos no afectivos. Esta paradoja resulta interesante, porque se esperaría que en los trastornos depresivos se diera más fácilmente la medicación antidepresiva, sin embargo, la literatura mundial reciente apoya el hecho de administrar con mayor facilidad los antidepresivos del tipo de los inhibidores de la monoaminooxidasa, llamados imaos.

Estos medicamentos por su toxicidad prácticamente no se utilizan en nuestro país, pero en Europa se usan en combinación con ansiolíticos del tipo de los derivados del diacepam en las depresiones infantiles y en las de la adolescencia, y con ellos se comunican algunos resultados benéficos particulmente en el autismo, y en otros cuadros psicóticos infantiles. Por lo que toca a los antidepresivos del tipo tricíclico o tetracíclico los derivados más comúnmente usados son la imipramina y la amitriptilina. Aún cuando existe, en nuestro campo de la psiquiatría infantil y de la adolescencia, controversia con respecto al efecto antidepresivo de estas sustancias en la infancia, en la adolescencia esto no es así, ya que estudios bien documentados referidos por Puig en 1978, demuestran su actividad antidepresiva y ansiolítica. Se recomienda ir individualizándo las dosis, indicándose en un margen amplio entre 25 y 200 mg. al día repartido en 3 tomas. Ahora bien, es importante señalar que la necesidad de efectuar un diagnóstico preciso del cuadro depresivo, es trascendental, y manejar psicoterapéuticamente al adolescente es una condición obligada que a veces se extiende en no pocos casos al manejo familiar. Por último, quiero señalar que el carbonato de litio es una sustancia química usada en Europa con aparentes buenos resultados particularmente en casos de hipomania y algunos desórdenes depresivos de la adolescencia, y que se ha visto que responden más favorablemente al tratamiento de litio cuando los padres tienen historia de respuesta posiva a la administración de este medicamento, lo cual pudiera interpretarse como un marcador biológico de padres a hijos a la respuesta terapéutica a la sustancia, pero en nuestro país no se utiliza, baste señalar que las medicaciones tricíclicas y tetracíclicas son suficientes unidas a un manejo psicoterapéutico y familiar adecuado para combatir los trastornos depresivos de esta etapa de la vida.

Coordinador ¿Cuáles son las modalidades terapéuticas de grupo para la depresión en los adolescentes?

Dr. Cárdenas Podemos decir en forma genérica, que las características de los grupos recomendables, son homogéneos en cuanto a edad, ya que hay diferencias de problemática y evolución, por lo que podríamos dividirlos en tres grupos: Los adolescentes tempranos (entre 12 y 13); los medios (entre 14 y 16) y los tardíos (entre 17 y 21 años).

En cuanto a sexo, es conveniente que el grupo esté formado por ambos, para que los pacientes puedan explotar y recapitular sus actitudes hacia la sexualidad.

Por lo que toca al padecimiento, la forma generalmente aceptada como la más útil, es incluir pacientes con diversas categorías diagnósticas, facilitando con esto la autoadvertencia, al recibir información proveniente de otra posición. Ahora bien, en psicoterapia de grupo, aunque hay lineamientos generales, no se toman como reglas absolutas, y el salvar estos lineamientos, produce buenas experiencias. Por ejemplo,se reportan buenos resultados al incluir adolescentes en grupos de adultos, ya que esto les permite dialogar con los adultos, reeditar sus relaciones familiares, y rectificar mediante la interpretación terapéutica.

Por lo que toca al enfoque teórico, podemos mencionar dos grandes tipos de aproximación: el grupo como familia, y el grupo

como un todo. La primera, es aquélla donde el paciente tiene la posibilidad de revisar su grupo interno dentro del grupo terapéutico, utilizando el manejo de *roles* en los personajes de los cuales se comparte el viaje hacia el conocimiento de sí mismo, en él, tiene una tendencia natural el paciente hacia el crecimiento, la maduración y la salud. Ejerce un impacto patógeno mayor, el que produce la familia enferma, y de esta manera, se proporciona una base de experiencia familiar, emocionalmente correctiva. En segundo, tiene un enfoque integral que hace mayor énfasis en la dinámica grupal. Los terapeutas que usan este método, consideran que el estudio de los grupos como un todo, revelan el funcionamiento del miembro individual en su total complejidad, y que ésta debe ser la base de la intervención terapéutica. Ambos son factibles, y de acuerdo a las características de cada paciente, tienen una indicación más precisa que los hace favorables.

Coordinador ¿Cuál es el tratamiento psicoterapéutico individual, de enfoque cognoscitivo, para las crisis del desarrollo y para la depresión del adolescente?

Dr. Salgado Establecer la alianza terapéutica con el adolescente es particularmente difícil, pero fundamental para el éxito del tratamiento. Se ha mencionado que los mecanismos de duelo se completan al final de la adolescencia, por tanto, en la mayoría de los pacientes, el objetivo de la psicoterapia se refiere en forma general al mantenimiento de mecanismos de defensa útiles y a impedir que las reacciones depresivas normales se conviertan en cuadros clínicos depresivos. La psicoterapia cognoscitiva se sustenta en la teoría de que la depresión o la tendencia a deprimirse se debe a la existencia de ciertos patrones cognoscitivos que son ideosincráticos y que se activan ante situaciones críticas, cuando tales patrones se activan, generalmente dominan el pensamiento del individuo y causan manifestaciones emocionales y motivacionales que pueden culminar en depresión. La psicoterapia cognoscitiva se utiliza para controlar la sintomatología durante la depresión y para ayudar al paciente a manejar objetivamente sus reacciones automáticas. Durante el periodo de tratamiento posterior a la depresión, este tipo de terapia ayudará al paciente a modificar los patrones cognoscitivos, facilitando el proceso de duelo hasta lograr reducir la vulnerabilidad del paciente ante eventuales situaciones generadoras de depresión en la vida posterior.

En el adolescente, este tipo de terapia debe de asociarse con psicoterapia de apoyo, principalmente durante los estados más agudos en la evolución. Es muy importante poder transmitir al paciente que las reacciones que está sufriendo son normales y transitorias y que serán superadas. El apoyo sostendio y la generación de una introspección o *insigth* promovida por el terapeuta, deben mantenerse en un balance adecuado para cada momento de la psicoterapia, por lo que se requiere de gran flexibilidad y amplia experiencia en el manejo de la técnica, y sobre todo, de este tipo de pacientes. Esta técnica consiste en un primer acercamiento, en ayudar al adolescente a identificar su grado de sensibilidad y las reacciones exageradas e inapropiadas que muestra, estableciéndose la relación causa-efecto entre los estímulos externos y la incomodidad interna. Posteriormente, evalúan y reconocen los contenidos cognoscitivos específicos y la identificación de las malas interpretaciones del paciente, supersticiones y otros mecanismos perceptuales que tienden a distorsionar la realidad y que por lo general, conducen a la formación de reacciones maladaptativas. Se intenta así, proveer al paciente de un marco de referencia más realista del mundo exterior y de mejorar la calidad de sus percepciones cognoscitivas.

Coordinador ¿Qué orientación se le puede dar a los padres para el manejo de las crisis depresivas y de la adolescencia?

MT. Murow En relación a la orientación a los padres para el manejo del adolescente en etapas depresivas sería referirse al hecho de qué pueden hacer los adultos, es decir, los padres y los maestros con jóvenes deprimidos. En términos generales y desde mi punto de vista, considero importante dar apoyo y comprender que su hijo pasa por una etapa de cambio y que para algunos es más difícil que para otros. Ser sensible al dolor, a los placeres y a los problemas del proceso de crecimiento

que enfrente al joven, considerar que el joven es la primera vez que enfrenta su adolescencia y por tanto confronta realidades que no ha sentido y no conoce. Reconocer y apreciar la persona del adolescente que después de todo tiene cualidades y defectos. Esperar que la madurez, responsabilidad e independencia del joven vayan en aumento y fortalecerla en la medida de las posibilidades individuales, familiares y sociales, aclarar explícitamente qué es lo que aprueban o desaprueban, o simplemente están tolerando. Actuar de acuerdo a su edad, recordar que fueron adolescentes, que muchos de los problemas que presenta el joven fueron tal vez de otra forma y en otro tiempo semejantes a los que el adolescente está pasando actualmente, pues es importante que tanto padres como maestros, dado que su tarea es guiar, comprender y apoyar, eduquen con estos conocimientos al joven. Ser firme pero no rígido, evitar hacer hincapié en las deficiencias y en cambio, reconocer los logros y estimar los aspectos positivos, mostrar interés y preocupación al joven que no produzca una acción sobreproteccionista, poner un buen ejemplo para explicar las cosas, y no prohibir las cosas que el muchacho quiere hacer, no se debe ser inconsistente, pues las acciones pueden ser más dañinas que las palabras.

Finalmente, si los adultos que conviven con el joven observan que está retraído, deprimido o apático por un tiempo más o menos largo, con mayor intensidad, deben de buscar ayuda profesional adecuada para el problema, de acuerdo a las características que se observen en un entorno psicológico, médico o psiquiátrico.

Coordinador ¿Cuáles son las indicaciones para la terapia de grupo en los adolescentes?

Dr. Cárdenas El tratamiento psicoterapéutico grupal, se está utilizando cada vez más como la forma de abordaje a los problemas de la adolescencia, al grado que es mayor el número de gentes que piensan más en el modelo de grupo, que en el modelo de psicoterapia individual para el adolescente.

En el aspecto social, el adolescente se encuentra cada vez más desesperado, por lo que su desarrollo físico, no es acorde con el emocional, o sea que tiene demandas de adulto pero las posibilidades de trabajo y de estudio son cada vez más lejanas. Por ejemplo, las carreras universitarias se encuentran saturadas en su mayoría, y los egresados se encuentran con dificultades para poder ejercerlas teniendo que prolongar la estancia en casa de los padres.

Por su parte, la crisis económica también influye ante el desempleo, la exigencia de estudios superiores para ocupar algún puesto, etc., por lo que el desarrollo fisiológico avanza ante capacidades de dependencia que disminuir. En lo emocional, la familia y los tiempos cambian, y vemos que cuando el adolescente está atrapado en las dificultades propias de su edad, los padres generalmente se encuentran viviendo lo que se ha llamado crisis de la edad media, además éstos no se encuentran preparados para afrontar la serie de problemas que plantean los jijos, que son consecuencia directa de su época y que los padres no afrontaron cuando tuvieron su adolescencia. Así, por la situación coyuntural en que se encuentran, los padres parecen ser menos aceptados que nunca, tienen que mantenerse en pie ante las duras críticas y cuestionamientos con los que son confrontados con sus hijos y todo esto es vivido en un ambiente dramático con altas y bajas, acercamientos y alejamientos que no le permiten al adolescente una identificación adecuada con ellos.

El grupo como una acción terapéutica permite la oportunidad al adolescente de verse con otros, de no sentirse extraño ni confundido, de recibir opiniones que puede aceptar con mayor facilidad. El terapeuta en su papel conciliador, facilitador de comunicación, y sobre todo no persecutorio, le permite un acercamiento al mundo del adulto, es por ello, que en términos generales, la psicoterapia de grupo puede ofrecérsele al adolescente siempre y cuando no esté en una crisis aguda de depresión, a menos que sea un grupo específicamente diseñado para manejar este tipo de crisis pues podría resultar en algunos casos contraproducente, y perdería los beneficios