



PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL ADOLESCENTE: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Dra. Javaloyes Sanchis,

Psiquiatra de la Infancia y de la adolescencia de la USMI de Alicante.

La adolescencia está considerada como un periodo de riesgo para el desarrollo de psicopatología. La prevalencia global de trastornos psiquiátricos en este grupo de edad se estima entre un 15 y un 20% y la prevalencia de trastornos psiquiátricos severos se encuentra en un 5%.

De toda la patología psiquiátrica los denominados trastornos “internalizantes” van a ser una de las áreas de mayor dificultad tanto para la detección como para el abordaje. Esto es debido sobre todo a la ausencia de síntomas específicos y a la dificultad que tiene el adolescente para reconocer y verbalizar de manera adecuada sus sentimientos.

El objetivo de este taller va a ser ofertar al pediatra de información y herramientas para poder realizar una evaluación, una sospecha diagnóstica y un abordaje terapéutico de forma adecuada. Para ello, además de la información teórica recogida a continuación, se trabajará de forma práctica con unos casos clínicos y se revisarán tanto los signos de alarma como las distintas herramientas que se pueden utilizar desde atención primaria.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

1.- Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico:

Se caracteriza por la presentación de innumerables preocupaciones, generalmente no realistas, sobre eventos futuros. En la etapa adolescente es frecuente que se manifieste con sintomatología psicósomática y conductas de evitación (como el rechazo a ir al colegio). La prevalencia de estos trastornos se estima entre un 5 y un 7% y no existen diferencias claras entre sexos.

La sintomatología está presente de forma continua, aunque empeora en situaciones percibidas como amenazadoras. Los síntomas periféricos que incluyen taquicardia, sudoración, hiperventilación pueden llevar a que se desencadene un ataque de pánico. En los casos más severos existe un deterioro del funcionamiento académico, social y familiar. Es frecuente encontrar un patrón familiar con excesos niveles de ansiedad y una sobreprotección al adolescente.

El trastorno de pánico se caracteriza por un episodio agudo de ansiedad en el que la hiperventilación lleva a un cuadro florido de síntomas físicos que en algunos casos hacen necesario el acudir a urgencias.

El abordaje terapéutico es fundamentalmente terapia cognitivo-conductual con técnicas que incluyen la relajación, desensibilización por exposición progresiva o por medio de la imaginación y refuerzo por contingencia ante los objetos o situaciones temidos. La terapia cognitiva busca modificar las actitudes pesimistas y de derrota. En cuanto a la medicación, las BZD se pueden utilizar a corto plazo (menos de tres semanas) y en los casos severos. Si hace falta un tratamiento más largo es mejor utilizar inhibidores de la recaptación de la serotonina a dosi igual que en el adulto (Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina).

2. Fobia social:

Según el DSM-IV la fobia social se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Este miedo se asocia a una conducta de evitación de las situaciones sociales o actuaciones en público temidas o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

En los adolescentes es necesario que la sintomatología aparezca en la interacción con iguales, puede ser especialmente llamativa en la interacción con adolescentes del sexo contrario (este va a ser un factor relevante en los programas específicos de intervención). Pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en actividades sociales, que puede incluso llevar a un empeoramiento del rendimiento social o académico.

DEPRESIÓN

La prevalencia de la depresión en adolescentes se eleva hasta el 10-15% en función del estudio, aceptándose que la sintomatología depresiva va a estar presente en uno de cada cuatro adolescentes. Es más frecuente en adolescentes del sexo femenino.

El trastorno suele presentarse con antecedentes familiares en un 50%, la presencia de factores de riesgo familiares o sociales, y la existencia de otra patología comórbida (como los trastornos de ansiedad y el TDAH..

Uno de los riesgos de una depresión de inicio tan temprano consiste en su cronificación, tendencia a la recurrencia (30% a 35% de los adultos con depresión refractaria representan a aquellos con una historia de depresión en la adolescencia) y sobre todo por el riesgo de desarrollar complicaciones secundarias como trastornos de conducta, abuso de alcohol y drogas, suicidio, problemas escolares y familiares.

Las características del episodio depresivo del adolescentes son: la presencia de humor disfórico, la autodepreciación, el comportamiento agresivo (agitación y/o irritabilidad), los Trastornos del sueño, deterioro del rendimiento escolar, el retraimiento social, las quejas somáticas, la pérdida de la energía habitual y la modificación inhabitual del apetito y/o peso.

El adolescente no expresa los síntomas del adulto deprimido, pero sí habla de vacío, aburrimiento, incompreensión, soledad, abandono, rechazo; apreciándose también pérdida de interés personal (desaseo), bradipsiquia (enlentecimiento psicomotor), síntomas físicos, trastorno de conducta con irritabilidad y agresividad... En lo posible deben descartarse el consumo de sustancias psicoactivas (20% de comorbilidad).

El abordaje combinado con psicoterapia y psicofármacos es lo más adecuado. La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo modificar pensamientos negativos y mejorar el patrón de actividades satisfactorias utilizando refuerzos positivos. Es frecuente combinar el abordaje individual con el familiar para conseguir así modificar patrones de riesgo o implicar a la familia en las intervenciones.

De los psicofármacos disponibles los más aconsejados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina (realizando un seguimiento cercano y evaluando la posibilidad de que aparezca ideación suicida). Las dosis son las mismas que en el adulto y la duración del tratamiento debe ser de tres meses mínimo.