

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Guillermo Andrés Rosillo Cardona

Universidad de La Sabana

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Resumen

Este artículo pretende ubicar al lector en el contexto del adolescente en torno a una de las problemáticas de este periodo del ciclo vital: la depresión. Para esto, se realizó una revisión de la literatura referente a conceptos tales como adolescencia, depresión y por consiguiente depresión en la adolescencia, encontrando variada información de diferentes autores tendiente a explicar el fenómeno de la depresión en la adolescencia. Por otra parte la teoría existente es una extrapolación de lo que hasta ahora se conoce acerca de la depresión en adultos y solo en los últimos años se ha dado un esfuerzo real por comprender la etiología de la enfermedad depresiva en niños y adolescentes, como una entidad patológica con características propias.

Palabras Clave: Adolescencia, Depresión, Etiología

Abstract

This article seeks to locate the reader in the adolescent's context in one of the more common problems of this vital cycle period, the depression. For this, it is carried out a revision of the literature with respect to such concepts as adolescence, depression and consequently depression in the adolescence, finding a great variety of different authors' information with tendency to explain the phenomenon of the depression in the adolescence. On the other hand the existent theory is an extrapolation of that that up to now is known about the depression in adults and only in the last years a real effort has been given to understand the depressive illness in children and adolescents, like a pathological entity with his own characteristics.

Keywords: Adolescente, Depresión

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El presente artículo tiene como objetivo la revisión teórica de la epidemiología y los avances en cuanto al fenómeno de la depresión en la adolescencia, ya que se ha visto que uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la actualidad, sin lugar a dudas, es la depresión, como lo constata la Organización Mundial de La Salud OMS al sugerir que esta patología será la principal causa de morbilidad en las naciones en desarrollo en este siglo (Sadek & Nemeroff, 2000). Las problemáticas de carácter social y económico que confluyen dentro de la esfera contextual formativa, y las condiciones predisponentes de tipo biológico y genético, ligados al desarrollo personal y afectivo del adolescente, se convierten en factores de riesgo que vulneran la aparición de patologías relacionadas con el estado de ánimo (Santrock, 2004).

La juventud se asocia con el dinamismo y la alegría, idea que resulta incompatible con la patología depresiva; sin embargo, actualmente se reconoce a la depresión en el niño y el adolescente como una condición que requiere de una adecuada intervención y tratamiento, dejando de ser considerada propia de los adultos aun cuando las características diagnósticas y la sintomatología tienden a ser similares en mayor o menor grado a la depresión en adultos (Mezzich & Mezzich, 1979).

Los síntomas depresivos se aprecian con frecuencia como un comportamiento normal en los jóvenes, debido a los cambios hormonales propios de la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Esto dificulta el diagnóstico y en la mayoría de los casos genera la negación y retardo de la atención necesaria para afrontar esta situación. El mayor número de adolescentes con síntomas depresivos se presenta

entre los 13 y los 15 años de vida, edades que coinciden con la etapa de desarrollo que se caracteriza por periodos de crisis en formación de la identidad y la búsqueda del sentido de vida (Garver, 1980).

La necesidad de contextualizar y comprender desde una mayor y más amplia perspectiva la problemática depresiva en el adolescente, surge de la magnitud epidemiológica significativa de la presentación de esta patología en la población. Este fenómeno exige a la psicología, especialmente desde el área clínica, la realización de un esfuerzo conjunto con miras a precisar tanto sus causas como sus consecuencias y su posterior tratamiento, con el objetivo de encaminar acciones en torno al desarrollo y aplicación de programas de prevención y promoción en la población adolescente; abarcando este análisis no desde el punto de vista adulto, sino desde una visión mucho más cercana a la población adolescente.

En este sentido, se recalca la importancia de la exploración de una problemática que no ha sido abordada a profundidad teórica y metodológicamente con el objeto de recopilar las tendencias conceptuales y prácticas existentes que conduzcan a la evaluación del estado actual del marco de referencia relacionado con la generación de nuevas investigaciones contextualizadas para la población adolescente dentro del entorno colombiano.

El desarrollo de nuevos modelos explicativos y paradigmáticos en relación con la depresión en la adolescencia, contribuye al progreso de la psicología en general al brindar perspectivas diversas de interpretación y acción teniendo en cuenta las dimensiones biopsicosociales que confluyen en el desarrollo adecuado de los individuos consolidados en el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

Adolescencia

Definición y Características

La adolescencia es el periodo de tiempo que transcurre entre la niñez y la edad adulta y es un concepto que se deriva de la palabra latina que significa “crecer hasta la madurez”. La adolescencia cubre, en lo que respecta a la sociedad occidental, la época que va desde los doce o trece años hasta comienzos de los veinte. Su iniciación está precedida por la pubescencia, etapa caracterizada por el rápido desarrollo fisiológico dentro del cual maduran las funciones reproductoras y los órganos sexuales primarios, siendo este momento cuando aparecen las características secundarias del sexo. La pubescencia transcurre durante aproximadamente dos años y termina con la pubertad, momento en el cual el individuo está completamente maduro y en condiciones de reproducirse (Papalia & Wendkos, 2001).

La finalización de la adolescencia, según Papalia & Wendkos (2001), no se delimita radicalmente ya que se compone de una combinación de factores físicos, intelectuales, sociológicos, legales y psicológicos que se desarrollan paulatinamente y varían de individuo a individuo y de contexto a contexto. No obstante, un buen criterio para la finalización de la adolescencia es cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto, dependiendo de la convención sobre el concepto de adulto que tenga la cultura a la que se pertenece (Horrocks, 1986).

En realidad no se conoce al adolescente, a pesar de que se tienen muchas hipótesis acerca de su comportamiento. Por sentido común, se sabe que la

naturaleza del adolescente lo aparta de los niños y también de los adultos. Sin embargo, es aceptada también la necesidad de lograr mejores conceptos acerca de la adolescencia y hacer formulaciones más precisas que las obtenidas por medio de las teorías e investigaciones existentes (Horrocks, 1986).

Durante este periodo de vida se destacan problemáticas de tipo social e individual. A nivel social, es frecuente que se presenten comportamientos delictivos, pandillismo, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y suicidio; y a nivel individual se identifican la drogodependencia y trastornos relacionados con la ansiedad y con alteraciones en la conducta alimenticia reflejadas en la bulimia y la anorexia nerviosa; los cuales pueden generar conductas desadaptativas o conducir a la aparición de trastornos del estado del ánimo como la depresión (Shaffer & Waslick, 2003). El trastorno ha sido estudiado en general, pero con menos énfasis en la población adolescente. No obstante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el manual diagnóstico DSM-IV presentan una descripción más amplia de la problemática aunque no especifica a esta población que se citara en la descripción de la depresión.

Depresión

Definición y Clasificación

La palabra depresión viene del latín “depressio” que quiere decir hundimiento, lo que sugiere un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo como características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad (Calderón, 1984).

La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique; puede aparecer en niños, adolescentes y adultos jóvenes, medios y tardíos. En los niños y adolescentes puede provocar un bajo rendimiento escolar, acompañado de diversas manifestaciones de tristeza y aislamiento voluntario que reportan como “querer estar solos”. Otras características del cuadro clínico son el frecuente pesimismo y el nivel de autoestima bajo. La depresión puede aparecer en un hombre o en una mujer aunque las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a tener esta enfermedad debido a las exigencias socioculturales del entorno y a la variación hormonal; pero en términos generales es tratable y puede afectar a todas las personas en cualquier momento de la vida (Vallejo-Nagera, 1999).

Antes de la publicación del DSM-III las actitudes predominantes hacia el diagnóstico de los trastornos afectivos en niños y adolescentes oscilaban entre la incredulidad de que estos trastornos existieran antes de la adolescencia tardía y la inclusión excesiva de numerosos y diferentes tipos de problemas emocionales y conductuales como reflejo de reacciones depresivas enmascaradas. Se diagnosticaban depresiones enmascaradas en jóvenes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo (delincuencia) cuando niños o adolescentes mostraban ocasionalmente un estado de ánimo deprimido y se referían a temas depresivos o pesimistas en los tests proyectivos (Shaffer & Waslick, 2003).

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva; en

otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena (Calderón, 1984).

La clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE – 10), describe el trastorno depresivo recurrente como un trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables y determinantes para el curso del trastorno, así como para el respectivo tratamiento. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo, acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes (Organización Mundial de La Salud, 2000).

Adicional a esto, el manual diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM-IV), en su apartado referente a trastornos depresivos, establece que se diagnostica un trastorno depresivo mayor cuando su curso clínico se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historias de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. No se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a una enfermedad médica. Además los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

El trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en hombres como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

El trastorno depresivo mayor puede comenzar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general (American Psychiatric Association, 2000).

Al margen de las diferencias de la propia definición del episodio depresivo mayor, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen un umbral

distinto para definir cuando el trastorno se considera un episodio aislado versus dos episodios separados recidivantes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen la presencia de un periodo libre de cualquier síntoma significativo de alteración del estado de ánimo de por lo menos dos meses entre esos episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de cómo mínimo dos meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

Factores de Riesgo

Las causas de la depresión son complejas y solo parcialmente comprendidas. La mayoría de los médicos psiquiatras aceptan que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos (incluyendo los factores genéticos), sociales y psicológicos, caso en el que se hablaría de una multicausalidad cuyo estudio requiere un abordaje desde cada una de las dimensiones del ser humano (Calderón, 1984).

Algunos tipos de trastornos del estado de ánimo, tienden a afectar a miembros de la misma familia. Este es el caso de los trastornos bipolares, los estudios de familia con miembros que padecen este trastorno han demostrado que aquellos que enferman tienen una constitución genética diferente a quienes no enferman. Otros factores que pueden hacer que aparezca esta enfermedad son tensiones de la vida, problemas en la familia, trabajo o estudios (Calderón, 1984).

Algunas personas pueden tener más posibilidades de desarrollar estos trastornos, dependiendo del carácter. Una persona con una autoestima baja, pesimista y que se altera con facilidad tiene más posibilidades que otras de que le ocurra todo lo contrario (Calderón, 1984).

Otro factor causante de estos trastornos puede ser una enfermedad física como por ejemplo los ataques de corazón, cáncer, trastornos hormonales, la enfermedad del Parkinson. Cuando una persona padece una enfermedad física y a la vez cae en una depresión, puede hacer que su recuperación sea más difícil y larga de lo que suele ser ya que no atiende a sus necesidades, está decaídas y no colabora con el tratamiento para poder recuperarse (Horrocks, 1984).

Las situaciones de duelo por pérdida física de una persona significativa, los problemas interpersonales, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden propiciar la aparición de un episodio depresivo. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés (Horrocks, 1984).

A lo largo de los años, la psiquiatría ha elaborado diferentes teorías para explicar el fenómeno de la depresión. Desde distintos puntos de vista no hay ninguna teoría que explique completamente el por qué de las depresiones. En este aspecto, la biología ha encaminado esfuerzos con pretensión a encontrar la relación existente entre la herencia y la depresión en los adolescentes. En investigaciones realizadas por Shaffer & Waslick (2003), bajo este objetivo se ha concluido que la etiología genética de la depresión es un fenómeno complejo y no esclarecido científicamente, puesto a que no existe una relación directa y estadísticamente significativa que permita establecer un criterio de predictibilidad entre padres con cuadros depresivos y la transmisión sintomatológica del mismo a sus hijos.

En concordancia con lo anterior, varios autores coinciden en que más que un factor genético predeterminante, existe una vulnerabilidad en los factores circundantes existentes en el ambiente de desarrollo del individuo como la

emocionalidad y la sociabilidad y que estos factores llamados influencias no genéticas tendrían un efecto de mayor impacto en la predisponibilidad de la presentación del cuadro depresivo. (Calderón ,1984; Wicks, 1997).

Así pues, se sobreentiende que en el trastorno depresivo cuya etiología es multicausal, existen fallas en los componentes bio-psico-sociales del individuo, que al confluir resultan en la sintomatología del trastorno. De esta manera para su entendimiento se hace necesario desglosar las causas al nivel de cada uno de los componentes.

Causas Biológicas

Desde la endocrinología se han establecido relaciones entre la producción de sustancias químicas y el control de procesos psicológicos del ser humano. En algunas depresiones se han encontrado alteraciones de estas sustancias y de los mecanismos cerebrales donde actúan, además de descubrirse alteraciones biológicas referidas al sueño, donde se producen unas ondas de distintos tipos y duración las cuales son distintas en pacientes deprimidos (Calderón ,1984).

Esta relación establecida desde la primera mitad del siglo XX por Adolf Meyer, un psicoanalista de la universidad Johns Hopkins en Baltimore quien utilizó el término “psicobiología” para enfatizar la importancia de la interacción entre los factores genéticos y los eventos vitales en la etiología de la enfermedad mental, abrió el camino para que a fines de la década del 50, se desarrollaran las teorías psicobiológicas de los trastornos del humor que dieron como resultado exitosas medicaciones psicofarmacológicas para el tratamiento de la depresión severa (Jackson, 1986).

Investigadores de Estados Unidos y Europa propusieron la hipótesis de las aminas biógenas de la depresión en la década de los 60, esta hipótesis sostenía que la depresión era causada por una deficiencia en la catecolamina norepinefrina (NE), y/o la indolamina serotonina (5HT). Implicaba que las alteraciones bioquímicas de estos sistemas de monoaminas estaban genéticamente determinadas, minimizando así cualquier influencia ambiental posible (Sadek & Nemeroff, 2000).

En la segunda mitad del siglo XX se ha demostrado que otros sistemas neuroquímicos no-monoaminicos probablemente juegan un rol en la etiología y el tratamiento de la depresión. Entre estos nuevos sistemas recientemente descubiertos están varios componentes del sistema inmune, tales como citoquinas, y los neurotransmisores neuropeptidos, como el factor liberador de corticotrofina (CRF), hormona liberadora de tirotrófina (TRH), somatostatina y factor liberador de la hormona de crecimiento (GHRF). Estas nuevas modalidades de tratamiento pueden permitir una mejor respuesta a la terapia con mejores efectos secundarios para los pacientes con depresión. Claro esta que no solo la investigación se ha centrado en las alteraciones cerebrales, sino en la patogenia. Las contribuciones en este aspecto se dirigen a profundizar en aspectos tales como los factores ambientales y la diátesis genética en la patogenia de los trastornos mentales mayores, que se prevé será una línea de investigación prometedora (Sadek & Nemeroff, 2000).

Causas Psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, puesto que los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Estos

rasgos sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia (Calderón, 1984).

Las distintas escuelas que estudian el comportamiento y así mismo la psicología, han intentado explicar el fenómeno de las depresiones desde una perspectiva más psicológica basándose en personalidad, pensamiento, modelos de conducta o aspectos de aprendizaje e interacción (Serafino, 1988).

La psicología cognoscitiva considera que los pensamientos influyen en el comportamiento e incluso crean los estados de ánimo. Por ejemplo, una persona se siente deprimida y triste especialmente en el trabajo, si se le pregunta qué pensamientos tiene cuando está angustiada, ella explica que todo comienza al llegar al trabajo por las mañanas, se va a desayunar sola porque su compañero/a desayuna en su casa. Esto le hace pensar que le cae mal a su compañero/a y que, por lo tanto, la evita. Al estar sola comienza a pensar que ella tiene la culpa de todo y comienza a llorar. Este es el ejemplo de cómo un pensamiento puede motivar un estado de ánimo (Calderón ,1998).

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, Beck (1979) coincidió con la mayoría de los autores en señalar como parte del complejo psicosomático, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Para Beck (1979), todas las formas de psicopatología, presentan algún grado de desorden del pensamiento puesto que se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o interpretar la realidad.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión que Beck reúne bajo la denominación de “triada cognitiva” (Beck, 1979), compuesta por expectativas negativas respecto al ambiente, autoapreciación negativa de si mismo y expectativas negativas respecto al futuro

El primer componente de la triada cognitiva se centra en las expectativas negativas respecto al ambiente. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por ultimo, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpretar sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más posibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formando de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente y por lo tanto, espera pena, frustraciones y privaciones interminables (Beck, 1979).

Causas Socioculturales

Los factores socioculturales están relacionados con la aparición de depresiones. Las convenciones sociales que determinan los valores pueden generar una tensión entre lo que el individuo es y lo que se espera que alcance dentro de estándares culturalmente establecidos. En sociedades donde prima el valor sobre lo estético y lo material, el adolescente puede entrar en conflicto interno al percibir que las exigencias no se encuentran dentro de su repertorio físico, emocional y personal, por lo tanto, se pueden estar propiciando estados emocionales tendientes a la aparición de alteraciones del ánimo (Calderón ,1998).

Depresión en Adolescentes.

Al hablar de depresión, resultan muy poco específicas las circunstancias que la producen pues pueden variar desde los estados temporales de tristeza (relativamente no perjudiciales) como respuesta a una pérdida justificada, hasta las condiciones psicóticas sumamente perturbadas que comprenden las alteraciones mentales y emocionales. Dichos desórdenes depresivos psicóticos no son muy comunes en la adolescencia mientras que las sensaciones de depresión, en una escala menos peligrosa, son más frecuentes (Wicks & Israel, 1997).

Para la mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros, y hacen parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse en esta etapa. No obstante, para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de ánimo predominante, en este tipo de casos, es necesario prestar mayor atención para que el estado depresivo no se torne crónico y traiga consigo problemas de mayor importancia (Wicks & Israel, 1997).

Existían creencias frente a quienes experimentaban la depresión, concibiendo que los niños y adolescentes no sufrían trastornos del estado de ánimo, y que la depresión clínica constituía un síndrome para el que se requería un nivel mínimo de desarrollo antes de que pudiera diagnosticarse verdaderamente el trastorno. Los criterios operativos definidos en las décadas de 1970 y 1980 para los síndromes depresivos en adultos fueron aplicados a pacientes más jóvenes y los investigadores hallaron de forma consistente que niños y adolescentes presentaban síntomas emocionales, cognoscitivos y conductuales que eran difíciles de distinguir de los síndromes depresivos en adultos (Shaffer & Waslick, 2003).

La depresión, en los adolescentes comúnmente se manifiesta de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la experimentan. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud así como la incapacidad de estar a solas o bien en continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, que dan indicios de una fuerte depresión oculta aunque pueden también ser síntomas de patologías de otro orden (Wicks & Israel, 1997).

La depresión puede tomar dos formas; en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que experimenta; La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso que se desencadenan por la pérdida de una relación significativa ya sea familiar o social (Mezzich & Mezzich, 1979).

Factores Desencadenantes de la Depresión en Adolescentes

Cuando se inicia la adolescencia, a muchos jóvenes y en particular a los más destacados y de mentalidad mas amplia, les puede resultar difícil adaptarse sin objeción a las creencias sociales, políticas y religiosas de sus padres, generando conflictos entre lo normativo y el pensamiento divergente del adolescente. En esta etapa del desarrollo, el juicio del adolescente pasa de un estado a otro. Inicialmente se tiene una fuerte inclinación hacia lo convencional, aceptando las normas sociales sin ninguna objeción; pero paulatinamente, y más aún en la adolescencia, este juicio se ve influido por variables individuales que lo van transformando, permitiendo que se tenga en cuenta las motivaciones e intereses de una acción específica antes de determinarla como aceptable o reprobable. Esta capacidad abstracta para pensar posibilita la búsqueda de principios morales amplios que puedan proponerse como algo universalmente verdadero, situación que puede generar conflictos entre quienes imparten las normas y las concepciones propias del adolescente (Mezzich & Mezzich, 1979).

Sin embargo, y como se ha venido hablando durante el artículo, los desencadenantes de la depresión tanto en adultos como en adolescentes son de

naturaleza compleja basándose en la interacción de componentes individuales y socioculturales que se describirán a continuación.

Factores Socioculturales

Además de los complejos procesos mentales por los que tiene que pasar el adolescente, otra de sus preocupaciones son las exigencias a las que se enfrenta. El adolescente debe llevar a cabo una selección constante; no solo cambian ellos sino también su mundo social y sus relaciones con él, se enfrenta a múltiples posibilidades acerca de cómo vivir, pudiendo optar solamente por una de esas formas a la vez, implicando esto un proceso de toma de decisiones frente al que muchos casos no se sienten preparados (Bee, 1987).

A medida que los adolescentes se desarrollan cognoscitivamente, sus perspectivas del tiempo se extienden hacia el futuro, esto a su vez, también aumenta la sensación de que es urgente desarrollar un conjunto de valores. El joven que comienza a vislumbrar una vida en su totalidad, necesita mucho más que un conjunto de principios morales que le sirvan como guía para que su vida parezca ordenada, congruente y significativa. Sus compañeros pueden presionarlos para aceptar una serie de valores, completamente opuestos a los propuestos por sus padres. Además sus compañeros mismos pueden estar divididos en este aspecto. Algunos pueden decirle que no hay nada de malo en las relaciones sexuales premaritales o en el empleo de marihuana o el alcohol, en tanto que otros pueden tener sus dudas al respecto o bien oponerse por completo. Existe otro tipo de influencias que también se presenta con mucha frecuencia en los escenarios de selección de valores del adolescente, como los medios de comunicación tanto escritos como visuales, los

educadores, así como los representantes de los grupos conflictivos de la sociedad en general (Mezzich & Mezzich 1979).

El desarrollo mental del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. La capacidad para considerar lo posible (hipotético), igual a lo que actualmente es, para intentar dar soluciones alternativas a los problemas y para mirar hacia al futuro, contribuyen a que el joven se plantee las preguntas centrales relacionadas con su identidad y con su proyecto de vida acorde con las posibilidades que le ofrece su entorno social más cercano. El adolescente puede probar muchos papeles distintos buscando los que personalmente le parezcan más cómodos, gratificantes y desafiantes, así como los que parezcan realistas o irreales, habilidad y posibilidad. El simple hecho de darse cuenta de que una parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad (Papalia & Wendkos, 2001).

Sin embargo, dicho sentido de identidad, se ve moldeado por los aprendizajes de tipo sociocultural que adquiere e incluye dentro de su repertorio de solución de problemas, es así como factores contextuales podrían estar directamente relacionados con el desarrollo del trastorno depresivo en el adolescente.

La pobreza y un bajo estatus socioeconómico en las familias se han asociado a un incremento del riesgo para una variedad de problemas de salud mental entre los que se incluyen trastornos emocionales serios. Sin embargo, generalmente se reconoce que la pobreza es mas bien un factor de riesgo no específico para los trastornos mentales y no se encuentran estudios que actualmente correlacionen la

escasez de recursos con algún tipo de problema de salud mental específico (Shaffer, 2000).

En cuanto a la conducta de los padres, esta puede influir mucho en el desarrollo de depresión en jóvenes de muchas formas diferentes. Durante los episodios depresivos, los padres con depresión pueden sentirse malhumorados, emocionalmente lábiles, con dificultades para satisfacer al niño. Además, pueden ser modelo de patrones de pensamiento llenos de errores cognitivos, distorsiones, negatividad y otros componentes, modelos que pueden, transmitir a sus hijos con estilos cognitivos depresógenos. Además los padres que expresan de manera notoria sus emociones pueden predisponer a los niños a desarrollar una enfermedad depresiva, posiblemente a través de correlatos de desesperanza aprendida ante apreciaciones negativas implacables, (Ferro y cols.,2000; Jonson y cols.,2001 citado por Shaffer & Waslick, 2003).

En lo concerniente con las relaciones de pares, los niños y adolescentes deprimidos con frecuencia presentan dificultades para interactuar con sus compañeros de la misma edad. Por otra parte, pueden tener más dificultades en el desarrollo de habilidades relacionadas con la solución eficaz de problemas sociales, lo que les conduce a mayores probabilidades de sufrir rechazo o de ser percibidos como menos competentes en diversos ámbitos (Cole, 1999).

Factores Individuales

El desarrollo cognoscitivo del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia si mismo, así como en las características de su personalidad que pueden destacarse durante este periodo. En esta etapa muchos adolescentes se vuelven más introspectivos y analíticos. Suelen interesarse por los enigmas filosóficos

como, por ejemplo, si realmente existe el mundo que perciben y si ellos mismos son reales o sólo un producto de la conciencia (Mezzich & Mezzich 1979).

Sin embargo como ocurre con los trastornos depresivos en adultos, no hay una causa única, clara y definida para muchos o incluso la mayoría de los casos de depresión en la infancia y la adolescencia. Los síndromes depresivos en jóvenes pueden ser expresiones fenotípicas del final de un curso común de muchos procesos etiológicos y, por consiguiente, los actuales intentos de establecer una causa específica para la mayoría de estos casos no han tenido éxito. Sin embargo, la investigación con población infantil ha identificado diversas variables que pueden considerarse factores de riesgo o correlatos etiológicos prometedores. Algunos de los factores de riesgo individuales e identificados actúan en un nivel poco específico en la psicopatología, pero otros se han relacionado más específicamente con los trastornos depresivos en jóvenes. En cuanto a las causas dentro del individuo, estudiadas como específicas en la depresión en niños y adolescentes, se encuentra que la naturaleza de la depresión en jóvenes es una congruente interrelación entre factores biológicos y psicológicos además de los socioambientales anteriormente nombrados.

Factores Biológicos

Estudios con familias en muestras infantiles confirman la naturaleza familiar de los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Los estudios sobre historia familiar y entrevistas a familias sugieren que los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos. Además, estudios de alto riesgo, hallaron de manera consistente que los descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y la adolescencia, en comparación con sujetos control. Esta agregación

familiar del trastorno sugiere la presencia de un componente genético en los casos de depresión infantil, aunque sin evidencias concluyentes ya que puede haber otras explicaciones para la agregación familiar de síndromes que no sean resultado de factores genéticos. Hoy en día aun no se ha establecido de manera concluyente ninguna alteración genética específica o polimorfismo que confiera un elevado riesgo de desarrollar depresión mayor unipolar en niños, adolescentes o adultos. (Klein y cols.,2001; Kovacs y cols.,1997; Puig-Antich y cols., 1989, citado por Shaffer & Waslick 2003).

Aun cuando el temperamento se refiere a un estilo constitucional preferiblemente heredado por el niño y que hasta cierto punto desempeña un papel de modulador de la interacción entre el organismo y el medio ambiente, la idea de que ciertos factores del temperamento infantil puedan predecir específicamente futuros diagnósticos psiquiátricos resulta sorprendente y ha recibido cierto apoyo, como algunos estudios que sugieren que podría asociarse un tipo particular de temperamento denominado inhibición conductual al desarrollo de trastornos de ansiedad en jóvenes. No obstante, no existen pruebas concluyentes que demuestren vínculos específicos entre las diferencias temperamentales y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes. (Klein y cols.,2001; Kovacs y cols.,1997; Puig-Antich y cols., 1989, citado por Shaffer & Waslick 2003).

En el área de las neurociencias, se ha examinado el papel de los procesos neuroquímicos específicos en poblaciones infantiles. Las pruebas preliminares tanto de estudios que han utilizado marcadores periféricos de la función central catecolaminérgica, tales como los niveles de serotonina en sangre o los receptores de serotonina plaquetaria, como los estudios neuroendocrinos con L-5-

hidroxidotriptófano o m-clorofenilpiperazina, indican que en submuestras de niños y adolescentes con depresión la función central serotoninérgica podría estar alterada. En cuanto al estudio de la anatomía cerebral, existen pruebas preliminares de alteraciones cerebrales regionales en jóvenes con depresión, ya que parecen presentar un volumen del lóbulo frontal reducido en comparación con sujetos sanos. Además, ha habido intentos recientes de estudiar la neuroanatomía funcional con técnicas de neuroimagen más novedosas. Los resultados iniciales sugieren que la alteración en la función monoaminérgica o perfusión cerebral en regiones específicas del cerebro como los lóbulos frontal, temporoparietal y occipital, podría estar relacionada con el trastorno del estado de ánimo en jóvenes. (Steingard y cols., 1996, 2000; Kowatch y cols., 1999; Bonte y cols., 2001. citado por Shaffer & Waslick 2003).

En lo que concierne al estudio de los patrones de sueño y su fisiología, las pruebas sugieren que una falta de sueño fisiológicamente necesario, puede conducir a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo en jóvenes, aunque básicamente los hallazgos son similares a los encontrados en estudios con adolescentes deprimidos. Además en un estudio reciente se observó que la alteración de la fisiología del sueño podría constituir un marcador del aumento de la probabilidad de recurrencia en la depresión después de la recuperación (Emslie y cols., 2001 citado por Shaffer & Waslick 2003).

Factores Psicológicos

Las teorías cognoscitivas de la depresión postulan que la presencia de actitudes disfuncionales, incluida una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro, o un estilo atribucional negativo en un individuo, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas,

estables y globales, preceden al desarrollo del trastorno depresivo. Se especula con que tales contenidos cognoscitivos podrían crear una diátesis para la depresión en jóvenes y adultos. Las publicaciones médicas defienden que la presencia de estas alteraciones cognoscitivas en pacientes con depresión, constituyen las bases teóricas para el uso de terapias de este enfoque en jóvenes y adultos. (Gotlib y Abramson, 1999, citado por Shaffer & Waslick 2003).

El paradigma de la desesperanza aprendida, implica la existencia de un organismo sometido a experiencias no deseadas frente a las cuales solo puede ejercer un mínimo control regulador. Los animales y potencialmente los humanos, expuestos a circunstancias de las cuales no es posible escapar pueden desarrollar un estado de pasividad ante los acontecimientos negativos de la vida, los cuales, tras un examen superficial, pueden parecerse a los síntomas neurovegetativos de la depresión. Desde este punto de vista se podría correlacionar este modelo animal con la enfermedad depresiva, en la cual puede desmoralizarse a un individuo cuando se le confronta con un acontecimiento vital negativo del cual le resulta imposible escapar, tal como la conflictividad familiar, la pobreza, los problemas de aprendizaje, rechazo por parte de los compañeros, dificultades en cuanto a la identidad sexual y abuso infantil entre otros (Seligman, 1981).

De acuerdo con los sistemas de creencias que transmite la comunidad al individuo, este tendrá diferentes mecanismos de defensa internalizados para enfrentar la frustración que le produce un evento desagradable ya que además de manifestar una reacción afectiva inicial de depresión ante la frustración, el adolescente puede continuar evolucionando hacia un cuadro depresivo de mayor cronicidad. Las demandas impuestas por la sociedad pueden hacerlo llegar a sentirse

indigno o falta de valores ya que elabora ideas acerca de su problema y llega a conclusiones en donde el estado afectivo deja de ser una consecuencia automática de la experiencia para convertirse en una evaluación lógica y personal de la experiencia. Otro factor psicológico que incide en el adolescente es la inmadurez de sus juicios, independientemente del medio cultural que pueda predisponerlo a los actos repulsivos y las reacciones extremas. (Arieti y Bemporad, 1993).

Sintomatología de la depresión en adolescentes

Las manifestaciones clínicas mas frecuentes para la depresión en la adolescencia, ordenadas de acuerdo a como se reportan en la literatura son las siguientes: tristeza, quejas de hipocondriasis, ideación suicida, desesperanza, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, rabia y angustia en contra de los padres y la autoridad, sensibilidad a la critica, somatización, fluctuación del humor entre la apatía y la elocuencia, impotencia, soledad, inquietud, sentimientos de inutilidad, huida, falta de interés y falta de energía, (Mezzich & Mezzich, 1979).

Los padres y otros adultos que tengan un contacto frecuente con el adolescente pueden apreciar un cambio general en su estado anímico o en su conducta. Un estado de animo predominantemente eutímico y alegre puede verse sustituido por un estado de disforia y/o irritabilidad. Puede ser que los padres noten en su hijo un incremento de infelicidad, llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas. Los cambios en el tono emocional y la capacidad de regulación emocional, que finalmente pueden diagnosticarse como manifestaciones de una depresión clínica, generalmente van más allá de la tristeza o el mal humor de la infancia y la adolescencia. Los cambios de humor que duran más

de unos pocos días son más significativos que uno o dos días pasajeros de sentimientos de tristeza o irritabilidad (Shaffer & Waslick, 2003).

De esta manera son los padres quienes por su cercanía a los adolescentes, pueden reconocer los primeros signos de un trastorno del estado de ánimo en desarrollo y consultar por ello. Los niños o adolescentes raramente buscan por si solos el contacto con algún profesional de la salud mental para la evaluación de síntomas afectivos, aunque con más frecuencia pueden contactar con profesionales o servicios disponibles en el mismo recinto escolar. Por lo tanto, puede tener cada vez mayor importancia formar a los profesionales de las escuelas sobre los signos y síntomas de la depresión, para así incrementar la probabilidad de reconocimiento precoz e intervención apropiada para los jóvenes con trastornos del estado de animo (Shaffer & Waslick, 2003).

El bajo rendimiento académico, los problemas de absentismo y fracaso escolares son problemas concomitantes comunes en niños y adolescentes con depresión. Aunque a menudo se cree que los problemas concomitantes son consecuencia de la depresión en jóvenes, los problemas académicos pueden preceder al comienzo de los síntomas depresivos en algunos niños. En niños, adolescentes y adultos, generalmente se acepta que los componentes cognoscitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional normales. Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa, y manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace

que el rendimiento escolar premorbido sea cada vez mas difícil de mantener. A veces, algunos individuos se sienten tan alterados que abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico y hasta dejan completamente de asistir a la escuela; la depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir al colegio (Hammen y cols.,1999 citado por Shaffer & Waslick, 2003).

El incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. La irritabilidad en los niños puede conducir a frecuentes interacciones insatisfactorias con los padres o hermanos. Los conflictos pueden aparecer por el incremento de los problemas académicos en los niños y adolescentes, y los padres pueden alarmarse, preocuparse o, con frecuencia, enfadarse a causa del empeoramiento en el rendimiento académico. Pueden aparecer disputas relacionadas con los roles familiares cuando un niño con depresión grave es incapaz de mantener determinadas funciones que previamente le han sido asignadas o que el mismo ha asumido. Los adolescentes que afrontan los síntomas de la depresión a menudo intentaran buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia como pueden ser actividades que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que les llevan incluso a consultar a un especialista (Hammen y cols.,1999 citado por Shaffer & Waslick, 2003).

Es muy frecuente que los adolescentes se esfuercen para satisfacer a sus padres, pero a su vez, descubren que pueden ser incapaces de lograr este fin y que por el contrario deberán renunciar a sus oportunidades de individuación. El adolescente experimenta resentimiento y enojo contra las figuras significativas, expresada mediante accesos de rabia, rebeldía e incluso violencia. Puede suceder

que en la mayoría de los casos, el adolescente reprime su enojo, teniendo impulsos sádicos muy pronunciados sin exteriorizarlos provocándole sentimientos de culpa e indignidad. De esta forma el joven desarrollara en esta etapa características de personalidad exigentes junto con una tendencia a la dependencia, serán interesados y egoístas e ignoraran los sentimientos de los demás. (González, 2001).

Es común además que, especialmente en adolescentes, el primer motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida. Las crisis pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo que oscila desde la autolesion suicida hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir. Aunque no todos los niños o adolescentes que han sufrido de crisis suicidas presentan trastornos en el estado de animo, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, al igual que para el suicidio consumado, tanto en la población prepuberal como adolescente. Por lo tanto, la evaluación de la presencia de trastorno del estado de ánimo es un componente esencial en la evaluación de todo joven suicida (Shaffer, 2000).

Sin embargo, no todos lo síntomas que se presentan durante la depresión en adolescentes son de características conductuales sino que además pueden estar acompañados de sintomatología somática, tales como; dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesqueletico. Las enfermedades escolares y los médicos de asistencia primaria pueden ser requeridos para evaluar síntomas somáticos que pueden estar relacionados con la depresión. Además, en los jóvenes, la depresión puede ser un estado comorbido o una complicación de una enfermedad o tratamiento médicos. La depresión es habitual en adolescentes con

diabetes mellitus y otras enfermedades médicas. A veces, la depresión puede asociarse a ciertos tipos de tratamiento médico. Como el tratamiento anticomunal con fenobarbital o el uso de isotretinoína para el acné (Hull y Demkiw-Bartel, 2000).

Evolución y Curso Clínico

La presencia de un episodio de depresión mayor puede ocurrir en cualquier etapa del desarrollo, desde edades preescolares pasando por la adolescencia. Tanto para niños como para niñas, la edad constituye un factor de riesgo para el inicio de la enfermedad depresiva, y la incidencia máxima se presenta en los últimos años de la adolescencia. Parece que los resultados a largo plazo para adolescentes con depresión difieren de algún modo, dependiendo de si el inicio de la enfermedad depresiva se produjo a una edad prepuberal o durante la adolescencia. Estudios longitudinales de niños con depresión de inicio en una etapa prepuberal sugirieron que aquellos individuos con historia familiar de depresión podrían tener un riesgo más alto de aparición de episodios de depresión recurrente y de malestar específico por trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, en general, un inicio de depresión en la etapa prepuberal predice de manera significativa la existencia de trastornos psiquiátricos en la etapa adulta, pero tales trastornos no están relacionados específicamente con los trastornos del estado de ánimo; el seguimiento longitudinal de diferentes muestras parece demostrar la existencia de problemas específicos con el comportamiento antisocial y el abuso de sustancias en comparación con sujetos de control sanos. En cambio, el inicio de una depresión durante la adolescencia se relaciona de un modo más específico con problemas constantes con los trastornos del estado de ánimo en la etapa adulta y de un modo menos específico con el comportamiento antisocial y otros cuadros psiquiátricos (Kandel, 2001).

Secuelas a largo plazo

El seguimiento longitudinal de muestras clínicas y poblacionales de jóvenes deprimidos indica la existencia de una grave morbilidad asociada con la enfermedad. El diagnóstico de enfermedad depresiva en niños o adolescentes se ha relacionado con futuros problemas educativos, dificultades con los compañeros, autoimagen negativa, inicio de abuso de sustancias, incremento de la conflictividad familiar, intentos suicidas, comportamiento antisocial y hospitalización psiquiátrica (Harrington y cols., 1991, 1994; Lewinsohn y cols., 1999; Weissman y cols., 199b, citado por Shaffer & Waslick 2003). Además las pruebas sugieren que el diagnóstico de depresión en jóvenes puede predecir el inicio de un trastorno de personalidad en la adolescencia tardía o la edad adulta, incluso después de que los rasgos de personalidad presentes durante la infancia sean controlados (Kasen y cols., 2001, citado por Shaffer & Waslick 2003).

Además de los problemas relacionados con la ideación suicida y los intentos de suicidio no consumados, la depresión, especialmente en adolescentes, se ha vinculado a la muerte por suicidio. Los datos que confirmaron esta asociación proceden principalmente de dos tipos de estudios. Primero, los estudios de autopsias psicológicas de diversos grupos de investigación concluyen que, comparado con otros tipos de trastornos psiquiátricos, la depresión constituye el primer factor de riesgo para el suicidio consumado tanto en jóvenes como en adultos (Brent y cols., 1993b; Shaffer y cols., 1996b citado por Shaffer & Waslick 2003). Segundo, en un estudio reciente de seguimientos longitudinal de una muestra clínica de adolescentes deprimidos, se estimó una tasa de un 8% de suicidios consumados en el total de la muestra, una tasa notoriamente más alta que la observada tanto en la población

general como en un grupo de comparación formado por individuos no deprimidos, donde ninguno se suicido (Weissman y cols., 1999^a, citado por Shaffer & Waslick 2003). La gran mayoría de jóvenes deprimidos no llega a suicidarse, pero estos estudios han de servir como recordatorio de que la depresión en jóvenes se relaciona con un riesgo de mortalidad, así como con una morbilidad significativa.

CONCLUSIONES

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos que afectan directamente tanto a la identidad como a la autoestima del individuo, se entiende que puede ser una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, las cuales han resaltado algunos factores relacionados con esta entidad, asumiéndola como un padecimiento multifactorial.

Debido a la gran cantidad de información producto de investigaciones cuantitativas, existe una sobreidentificación de las diferentes características, fases, etapas, sucesos que acontecen, inciden e interactúan en la etapa de la adolescencia, no obstante, se hace evidente la necesidad de incrementar los estudios que de tipo cualitativo y en muestras poblacionales clínicas, deben ser realizados sobre este tema, ya que aunque varios autores sostienen que tanto causas como síntomas que se presentan en los adolescentes con trastorno depresivo son parecidas a las del adulto, es necesaria la inclusión de criterios definidos para esta etapa del ciclo vital para de esta manera identificar los criterios propios de ésta patología dentro de un contexto real y específico, evitando la extrapolación de patologías consideradas como similares pero que no promueven un adecuado diagnóstico y tratamiento a la problemática real del adolescente.

La valoración cualitativa de las problemáticas del adolescente y en este caso de la depresión como fenómeno creciente en los últimos años debido a la progresiva demanda sociocultural, la carencia de valores propios y el deterioro familiar, presentan una encrucijada para definir criterios y poder así enfrentar el problema de la depresión en la adolescencia. Con este fin, es necesario reevaluar los criterios de

evaluación diagnóstica e intervención bajo las características específicas del adolescente, para de esta manera estandarizar teorías aplicables y adecuadas para esta población, resultando esto en la habilidad terapéutica de acceso a la mentalidad adolescente de una forma más adecuada y por consiguiente mejorar los procesos de valoración e intervención de la depresión en la adolescencia.

El estudio de la depresión en adolescentes debe estar orientado a la formulación no solo de criterios claros de inclusión sino también a parámetros de exclusión que establezcan hasta que punto la problemática debe ser tratada como una depresión reactiva frente a las exigencias propias del ciclo vital (no como una depresión clínica), postura ante la cual se hace necesario trabajar desde una perspectiva de promoción y prevención que logre la resignificación cultural de la adolescencia, forma en la que se conseguiría desmitificar el fenómeno, no mediante la normalización del mismo sino a través del tratamiento preventivo de sus dificultades.

Por otra parte se sabe que el adolescente es altamente vulnerable frente al desarrollo de patologías depresivas. Sin embargo sería prudente establecer mediante estudios longitudinales si esta tendencia a la depresión es propia de la etapa de desarrollo y si los adolescentes que desarrollaron la depresión en estas edades muestran índices altos de cronicidad.

Así pues se hace evidente la necesidad de realizar estudios que logren identificar qué factores de protección existen en aquellos adolescentes que superan la adolescencia sin mostrar evidencias de depresiones clínicamente significativas, solo así se pueden generar programas de prevención y promoción efectivos frente a esta problemática. Es importante indagar además sobre el fenómeno del suicidio en el

adolescente ya que es una problemática con una alta tendencia al incremento y en gran medida esta relacionada con episodios depresivos severos.

Si bien es cierto que la literatura marca patrones clasificatorios que en un amplio margen comprenden las características propias de los episodios depresivos así como del trastorno depresivo en la adolescencia, no se tiene una clasificación propia para la depresión en la adolescencia mas que la sintomatología propia de esta etapa del ciclo vital. De esta manera se resalta la importancia que tiene el desarrollo de modelos y perspectivas propias para la psicología que conduzcan a la generación de alternativas viables de tratamiento de la depresión en los adolescentes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV-TR, Washington.
- Arieti S. y Bemporad J., (1993). *Psicoterapia de la depresión*, México, Editorial Paidós.
- Beck. A.T., Rush. A, Sahaw, B y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Desclee de Brouwer.
- Bee. H, Mitchell. S (1987) *El Desarrollo de la Persona*, México, Editorial Harla
- Calderón, G (1984), *Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento*, México, Editorial Trillas
- Cole M., (1999) *Psicología Cultural: una disciplina del pasado y del futuro*, Madrid, Ediciones Morata
- Garver C., (1980) *Adolescencia*, Madrid, Editorial Morata
- González J., (2001) *Psicopatología de la Adolescencia*, México, Editorial El Manual Moderno.
- Horrocks, J (1984) *Psicología de la Adolescencia*, México, Editorial Trillas.
- Hull PR. y Demkiw-Bartel C. (2000) Isotretinoin Use in Acne – A Prospective Evaluation of Adverse Events. *Journal Cutaneous Medicine and Surgery*. Vol 4. Pag 66-70.
- Jackson SW., (1986) *Melancolía and Depresión: from Hippocratic times to modern times*. Yale University Press, New Haven, EEUU.
- Kandel E. (2001) *Neurociencia y Conducta*, Madrid Pearson Education.
- Mezzich, H & Mezzich, M (1979) *Psicopatología de la niñez y la adolescencia*, Madrid, Editorial McGrawHill

Organización Mundial de La Salud (2000) *Clasificación Internacional de Enfermedades*, Décima Revisión.

Papalia, D & Wendkos, H, Feldman R. (2001), *Psicología del Desarrollo*, México, Editorial McGraw-Hill.

Sadek N., Nemeroff C., (2000) *Actualización en neurobiología de la depresión*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 64 Numero 3, Pág. 462-485.

Seligman M., (1981) *Indefensión*. Editorial Debate.

Serafino E (1988), *Desarrollo del niño y el adolescente*, México, Editorial Trillas.

Shaffer D. (2000), *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México, Internacional Thompson Editores.

Shaffer D., & Waslick, D (2003) *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, Barcelona, Psiquiatría Editores.

Vallejo A & Nagera J (1999), *Ante la Depresión*, México, Editorial Panamericana

Wicks, N & Israel C (1997), *Psicopatología del niño y del adolescente*, Madrid, Editorial Prentice Hall