UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

"TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA"

TESIS PREVIA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

Autor: Luis Guillermo Samaniego Namicela

Director: Dr. Patricio Fernando Aguirre Aguirre,Mg.Sc.

CERTIFICACIÓN

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber orientado, dirigido y revisado el presente trabajo de tesis previo la obtención del título de médico general, "TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA"

De autoría del estudiante Luis Guillermo Samaniego Namicela, trabajo de investigación enmarcado en los requisitos reglamentarios por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Atentamente.

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre,Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Luis Guillermo Samaniego Namicela, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor: Luis Guillermo Samaniego Namicela.

Firma:

Cedula: 110406767-1

Fecha: 3 de Marzo de 2017.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Luis Guillermo Samaniego Namicela, declaro ser el autor de la tesis titulada: "TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA " como requisito para optar al título de: Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, en redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los dos días del mes de Febrero del dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma:

Autor: Luis Guillermo Samaniego Namicela. **Cedula:** 110406767-1

Celular: 0989130990 **Dirección:** Buganvillas y Pasaje Uno.

Correo Electrónico: guillermosamaniegon@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Patricio Aguirre, Mg.Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Vicente Ortega, Mg.Sc.

Dr. Richard Jimenez, Mg.Sc.

Dra. Natasha Samaniego, Mg.Sc.

DEDICATORIA

A mis padres Luis Guillermo y Graciela del Cisne por ser la luz de un faro perpetuo que nunca oscurece.

A mis hermanas Luz Maria, Aurora Fernanda y Nathalie Guillermina por ser el aliento, cordura y solidaridad cuando más lo necesite.

A mi hermano Edmundo Guillermo, es quien propone el camino, inicia la ruta y me guía siempre.

A mis queridos sobrinos Sahara Gabriela, David Alberto y Guillermo Andrés, que todos los días me demuestran que hay cosas nuevas por aprender.

Luis Guillermo Samaniego Namicela.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa una de las más importantes de mi vida y por las cuales ha valido el sacrificio y las incontables horas de estudio quiero agradecer:

- A la Universidad Nacional de Loja institución que por varios años se constituyó en un hogar para mi persona.
- A todos los docentes que hicieron parte de mi formación y los cuales supieron guiarme con mucha paciencia e impartirme todo el conocimiento académico, de ellos aprendí el valor del esfuerzo, de la voluntad y que un resbalón no es caída; de manera especial al Dr. Patricio Aguirre quien con mucha dedicación supo guiar el presente trabajo investigativo.
- A todas las personas del CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA, por la colaboración desinteresada en la ejecución de este proyecto.
- A mis queridos amigos y compañeros por ser parte de este camino que recién inicia.

Luis Guillermo Samaniego Namicela.

ÍNDICE

Caratula……i
Certificación……ii
Autoría iii
Carta de Autorización iv
Dedicatoria..... v
Agradecimiento vi
Indice……vii

1. **Título** 1
2. **Resumen** 2
   Summary..... 3
3. **Introducción** 4
4. **Revisión de la Literatura**.....6

CAPÍTULO I

4.1.TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES

4.1.1. Definiciones: 8
4.1.2. Trastornos de conducta habituales en la adolescencia…….....9
4.1.3. Características del Trastorno de Conducta en función de la edad de inicio y el sexo…….……...11
4.1.4. Etiología del trastorno de conducta y Comorbilidad con otros trastornos…….....13
4.1.5. Evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta……....15

CAPÍTULO II

4.2.CURSO Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO Y DE ANSIEDAD

4.2.1. Tipos de trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes…….……..... 18
4.2.2. Características comunes de trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes……...19
4.2.3. Curso típico del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad…….21
4.2.4. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad más frecuentes durante la adolescencia……..…..……..…22
4.2.5. Variantes del trastorno depresivo……..…….24
4.2.6. Variantes del trastorno de ansiedad……..26
4.2.7. Marcadores biológicos comunes a la depresión y a la ansiedad……..…..27
4.2.8. Comorbilidades presentes en el desarrollo de los trastornos depresivos y de ansiedad……..28

CAPÍTULO III

4.3.ABORDAJE DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD.
4.3.1. Historia clínica psiquiátrica.…….30
4.3.2. Diagnóstico clínico y aplicación de test de Goldberg……..…….48
4.3.3. TRATAMIENTO…….……..52
4.3.3.1.Terapia Farmacológica. 52
4.3.3.2.Bases Farmacológicas 52
4.3.3.3.Variabilidad de respuesta a los fármacos 54
4.3.3.4.Efectos Secundarios…….……..55
4.3.3.5.Tratamiento Psicoterapéutico……..……....…….……..55
4.3.3.6.Terapia Cognitiva. …….……..…..56
4.3.3.7.Terapia Conductual……...……..…….…..56
4.3.3.8.Terapia Interpersonal……...……..…..56
4.3.3.9.Terapia Introspectiva……..…...56
4.3.3.10. Aplicación de principios psicoterapeuticos……..…….....57
5. Materiales y Métodos 58
5.1. Tipo de Investigación……..58
5.2. Área de Estudio……...58
5.3.Universo y Muestra……..58
5.4.Criterios de Inclusión y Exclusión……...58
5.5.Instrumentos de Recolección de Datos……59
5.6. Método……61
5.7. Procedimiento…….61
6. Resultados 63
7. Discusión 71
8. Conclusiones 74
9. Recomendaciones 75
10. Bibliografia 76
11. Anexos 78

TÍTULO

"TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA"

RESUMEN

La presente investigación buscó establecer la existencia de relación de trastorno de conducta con trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en adolescentes privados de la libertad en el Centro de Atención Integral de Adolescentes infractores de Loja, se llevó a cabo un estudio retrospectivo en jóvenes, durante los meses de Julio a Diciembre del 2016 días seleccionados por muestreo probabilístico en el desarrollo de la investigación se desarrolló la Historia Clínica, lo cual permitió conocer que el 83,3% de la muestra presentaron alteraciones conductuales como violencia física, intangible, consumo de sustancias y tensión emocional.La aplicación del el test de Goldberg a los adolescentes privados de la libertad en el Centro de Atención Integral de Adolescentes infractores de Loja, mostró que los adolescentes estudiados presentaron depresión en un 83,3% y ansiedad en un 76,6%.Con estos antecedentes se concluye que los trastornos conductuales y demás características que en este tipo de alteraciones estan relacionadas con ansiedad y depresión.

Palabras clave: Adolescentes, Depresión, Ansiedad, Trastorno de Conducta.

SUMMARY

The present research wanted to establish the existence of a relationship between behavioral disorder, depressive disorder, and anxiety disorder in adolescents deprived of their freedom in the "Centro de Atención Integral de Adolescentes infractores de Loja". A retrospective study was carried out in adolescents from July to December 2016. These days were selected by probabilistic sampling. In the development of the research, the Clinical History was created, which allowed us to know that 83.3% of patients in the sample present behavioral alterations such as: intangible and physical violence, substance use, and emotional tension. The application of the Goldberg test to adolescents deprived of freedom in the "Centro de Atención Integral de Adolescentes infractores de Loja" showed that the adolescents studied presented depression in 83.3% and anxiety in 76.6%. With this background it is concluded that the behavioral disorders and other characteristics of this type of alterations are related to anxiety and depression.

Key words: Adolescents, Depression, Anxiety, Behavioral disorder

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos mentales, cuya prevalencia es muy alta, son una causa destacada de sufrimiento y morbilidad. Este problema de salud pública se ve agravado por el hecho de que muchos individuos aquejados de trastornos psiquiátricos no reciben tratamiento alguno pese a que existen intervenciones eficaces. (OMS, 2016)

Desde nuestro punto de vista, no se puede concebir la depresión y ansiedad en adolescentes como un simple trastorno del estado emocional; son entidades diferentes caracterizadas por alteraciones biológicas y sociales que pueden persistir toda la vida, con importantes repercusiones en la calidad de vida, tanto del sujeto que la padece como de sus familiares. (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2013).

Suele tener inicio a edad temprana, antes de los 9 años resultando de difícil diagnostico por la confusión con otros estadíos propios de esta edad.

Generalmente antes de los 21 años se puede observar trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad y algunos síntomas vegetativos. Es importante distinguir tempranamente los síntomas de depresión y ansiedad, a fin de brindar un tratamiento oportuno que atenúe el impacto continuo de síntomas caracterizados por pobre conciencia del estado de ánimo, pensamiento negativo, baja autoestima y anergia, lo que deteriora progresivamente la calidad de vida.

La etiología es compleja y multifactorial, dados los variados mecanismos biológicos, psicológicos y sociales involucrados. Varias hipótesis tratan de explicar la etiología de la depresión y ansiedad en niños y adolescentes; destacan la hipótesis genética que incluye además factores ambientales y la hipótesis aminérgica, que apunta a una deficiencia de serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central.

La calidad de vida de los individuos que padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico se ve afectada en diferentes sentidos como sociales, económicos limitando su capacidad de desarrollo, pues según datos del centro de prensa de la OMS
La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo una cifra bastante significativa pues la OMS también estima que

los trastornos depresivos son la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. (OMS, 2016)

Según datos expuestos por el Día Mundial de la Salud Mental en plenaria celebrada en Washington, DC, 9 de octubre de 2012 se dieron a conocer datos en donde se evidenciaba que los trastornos depresivos En América Latina y el Caribe afectan al 5% de la población adulta. "Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente", afirmó el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez.

Además de condicionar a la persona enferma, la depresión también afecta a su entorno familiar y comunitario. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Casi un millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo.

En las Américas son alrededor de 63.000. "En términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos implica importantes costos para las familias y para los Estados", consideró Rodríguez.

Con frecuencia la depresión y ansiedad en niños y adolescentes también se presentan con actividades violentas y/o abuso de sustancias.

Por ejemplo el estudio ECA encontró que el 46% de los pacientes diagnosticados de distimia tenían también criterios de uno o más trastornos de ansiedad. Es importante destacar que la presencia de ansiedad comórbida disminuye a la mitad las posibilidades de recuperación. (Palomo Tomás, 2009)

Los pacientes con depresión y ansiedad presentan un importante deterioro del funcionamiento interpersonal. Al tratarse de un trastornos con tendencia a la cronicidad su carga asociada de deterioro psicosocial es importante.

La importancia que generan los datos emitidos por la OMS en donde asegura que los trastornos depresivos son la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

Pues teniendo en cuenta dicha problemática es importante plantear la necesidad de desarrollar un estudio en nuestro medio en donde no se han realizado estudios sobre trastornos depresivos anteriormente.

Siendo las personas privadas de la libertad uno de los grupos vulnerables en la sociedad resulta imprescindible traer a colación a esta población para la realización de esta investigación, pues en torno a la rehabilitación que se propone en los Centros de Atención Integral de Adolescentes Infractores es importante tener en cuenta el desarrollo de trastornos psiquiátricos como el inicio de alteraciones conductuales para el cometimiento de ilícitos y abuso de sustancias.

En tanto que no se llevaría una verdadera rehabilitación si la causa identificada es un trastorno psiquiátrico pues en este contexto es necesaria la intervención de un profesional de la salud para diagnosticar y tratar al paciente promoviendo así el mejoramiento de la calidad de vida de la persona privada de la libertad.

Los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación permitieron evidenciar la relación entre trastornos de conducta y trastornos depresivos y de ansiedad en los adolescentes internos en el Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja, lo cual genera comportamientos inadecuados en las relaciones interpersonales desembocando en alteraciones biológicas que determinan un desbalance en el bienestar del individuo.

Los métodos que se emplearon en el presente trabajo de investigación fueron, descriptivo ya que está dirigido a determinar la caracterización de las variables estudiadas, retrospectivo por que se analizó el número de casos ocurridos en el pasado hasta el presente, y transversal porque con la medición se comprobó el número existente de casos, independientemente cuando éstos se hayan iniciado.

Los resultados obtenidos luego de la aplicación de la Historia Clínica y el Test de Goldberg revelaron que las alteraciones conductuales como violencia física, violencia intangible, consumo de sustancias y tensión emocional guardan relación con el desarrollo de trastornos depresivos y de ansiedad; y que en la población estudiada existen casos de depresión y ansiedad en altos porcentajes.

Luego de analizados los resultados se concluye que las alteraciones conductuales como violencia física, violencia intangible, tensión emocional y consumo de sustancias son una causa determinante para el desarrollo de trastornos depresivos y de ansiedad.

La aplicación de Historia Clínica Psiquiátrica y Test de Goldberg en grupos de riesgo biológico y social es una recomendación importante para realizar una valoración integral y temprana y para mejorar la calidad de vida y rehabilitación del individuo.

1. TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES.

Definiciones

La conducta es lo que un organismo hace, como dijo Watson en el manifiesto conductista de principios del siglo XX, o mejor, como matizó Skinner, lo que un organismo observa que otro organismo está haciendo. No obstante, esta definición no está exenta de dificultades, porque da por supuesto que la observación no es problemática y no sirve para distinguir el lagrimeo provocado por una conjuntivitis, por ejemplo, de la conducta de llanto.

En definitiva, lo que hace que una conducta sea una y no otra es su función. Pero la definición funcional de la conducta, lejos de ser objetiva, es ambigua y depende del observador; observar siempre es observar algo.

A pesar de estas dificultades, la perspectiva conductista sirvió para que la investigación psicológica se ajustara al rigor de la ciencia experimental, y la conducta humana se concibió como una máquina de precisión que paso a paso está regulada por las condiciones y contingencias ambientales. (Palomo, 2009)

Aplicada al campo clínico, la perspectiva conductual supuso la interpretación de los trastornos psicopatológicos (que no tuvieran una base orgánica evidente) como trastornos aprendidos y, como tales, sujetos a las leyes del aprendizaje, los cuales dependientes de edad, sexo, factores biológicos y sociales se expresan en diferentes formas.

El trastorno de conducta, también denominado trastorno disocial, se caracteriza por la persistencia y reiteración de conductas que violan las normas sociales y los derechos de las personas. Los síntomas pueden comportar agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo. (FAROS, 2011)

Este trastorno provoca consecuencias que afectan la vida familiar, social y escolar del niño y adolescente, por ello en el tratamiento han de intervenir diversos especialistas, ya que dichas patologías suelen estar asociadas a diversos estadios que representan un factor predisponente para desarrollar este tipo de conductas.

Los profesionales de salud mental enseñan a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos, reducir reproches verbales y utilizar métodos disciplinarios cuando la conducta requiere un castigo. En los casos más graves se recetan medicamentos para reducir la agresividad y la impulsividad o para mejorar los síntomas de otros trastornos que pueden coexistir con el trastorno de conducta.

Cuando el niño o el adolescente rechazan ir a la escuela o es expulsado frecuentemente por su conducta, el psicopedagogo ayuda a evitar el retraso escolar y mejorar la relación con los profesores y con los compañeros de clase. El éxito del tratamiento depende de la implicación de los padres y la motivación del adolescente para introducir cambios en su comportamiento.

Trastornos de conducta habituales en la adolescencia.

Siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (1995), para diagnosticar el trastorno se requiere la existencia de tres o más de los 15 síntomas durante un período de 12 meses y, al menos uno, en los últimos seis meses. Las alteraciones del comportamiento han de provocar interferencias significativas en al ámbito académico, social y ocupacional. (FAROS, 2011)

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno de conducta

Criterio A Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y, por lo menos, de un criterio en los últimos 6 meses:

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los demás

2. A menudo inicia peleas físicas, agresión a personas o animales.

3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, un bate de béisbol, un ladrillo, una botella rota, una navaja, una pistola

4. Ha mostrado crueldad física con personas

5. Ha mostrado crueldad física con animales

6. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo atraco, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)

7. Ha forzado a alguien a tener una relación sexual.

8. Ha provocado deliberadamente un incendio con la intención de causar un daño importante 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (diferente de provocar un incendio) Engaño o robo

10. Ha entrado a la fuerza en una casa, edificio o automóvil ajeno

11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (engaña a los demás)

12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (por ejemplo, roba en tiendas, pero sin violencia) Violaciones graves de normas

13. A menudo pasa la noche fuera de casa a pesar de las prohibiciones de sus padres, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

14. Se ha escapado de casa por la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)

15. A menudo hace pequeñas riñas en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad, el trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Con el estudio de esta sintomatología, el trastorno de conducta se diferencia de otras situaciones en las que el comportamiento del niño o el adolescente presenta alteraciones propias del desarrollo, como es el oposicionismo en la infancia o la rebeldía en la adolescencia que son caracteristicos de cada edad en la que se presentan pero sin embargo deben ser diferenciados. También queda claramente establecido que los problemas de conducta aislados y transitorios no deben ser diagnosticados como trastorno de conducta.

Características del Trastorno de Conducta en función de la edad de inicio y el sexo

Aunque es importante aclarar que el curso evolutivo del trastorno de conducta en cada paciente está sujeto a variaciones intrínsecas, es decir del propio individuo existen datos recogidos en estudios de prevalencia que muestran que las tasas del trastorno de conducta varían en función de la edad y el sexo.

En un estudio realizado en población clínica de la ciudad de Madrid por Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez Sutil (2000) el trastorno de conducta tiene una prevalencia del 15,4% entre los 6 y 9 años y aumenta hasta el 29% entre los 10 y los 13 años.

En los chicos la prevalencia es del 24,2% y en las chicas del 21%. En la Encuesta de Salud de Cataluña (2006) efectuada con una muestra de 2.200 niños de 4 a 14 años, la prevalencia del trastorno de conducta es de 9% en niños y 4,1% en niñas.

Analizando estos datos en función de la edad, la prevalencia en niños de 4 años es del 5,8% y alcanza el 10,6% en el grupo de entre 10 y 14 años. La prevalencia en las niñas oscila desde el 0,9% a los 4 años al 4,8% entre los 10 y 14 años. A pesar de que el trastorno de conducta suele ser más prevalente en niños que en niñas, un estudio de López-Soler et al. (2009) en población clínica de Barcelona, en pacientes de 6 a 12 años, utilizando las puntuaciones del CBCL de Achenbach (1991), no observa diferencias significativas.

En el trastorno de conducta de inicio en la infancia en chicos, la conducta problemática aparece en la etapa preescolar y va aumentando en gravedad, entre los 7 y 10 años, los niños muestran conductas agresivas y tendencia a mentir; entre los 11 y 13 años aparece la crueldad física y actuaciones antisociales como robos, vagabundeo o fugas. Frick (2006) señala que este grupo no es homogéneo y observa que hay diferencias importantes en función de la presencia de rasgos de insensibilidad emocional ("callous-unemotional"), que interfieren el desarrollo de la empatía y de los sentimientos de culpa. Sus problemas de conducta son más frecuentes y las agresiones más graves.

Los niños y adolescentes que no tienen estos rasgos tienen mayores factores de riesgo a nivel emocional, cognitivo y contextual, muestran dificultad en la regulación de sus emociones y su conducta responde a reacciones impulsivas. Los chicos adolescentes que inician el trastorno de conducta sin antecedentes previos, suelen ser menos agresivos y

violentos, menos impulsivos, presentan menos déficits cognitivos y neuropsicológicos, proceden de familias menos problemáticas y muestran más recursos adaptativos, que los adolescentes de inicio infantil.

El patrón de trastorno de conducta de inicio en la adolescencia en las chicas presenta características diferentes que en los chicos. Las chicas suelen proceder de familias problemáticas y presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos semejantes a los adolescentes que han iniciado el trastorno en la infancia. El pronóstico en las chicas también es peor que en los chicos con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia. Frick (1998) propone que se distinga este patrón del trastorno en las chicas denominándolo de inicio retrasado ("delayed-onset").

El trastorno de conducta se mantiene en algunos casos desde la infancia a la adolescencia y la edad adulta. Odgers et al. (2008) analizan en el estudio longitudinal de Dunedin, el origen y las consecuencias en la edad adulta de la conducta antisocial de las mujeres en comparación con las de los hombres.

En la infancia de hombres y mujeres con trastorno persistente, el número de casos varía según la edad y sexo pues en general suele presentarse más en niños que en niñas.

Los casos no clínicos en un estudio en Cataluña (2006) alcanzaron el 9% de niños y 4,1% de niñas, con diferentes pesos relativos según la edad; en el ámbito clínico, no existen diferencias tan claras en el número de casos por sexo. En chicos, la conducta problemática aparece en la etapa escolar y va aumentando en gravedad. Se ha observado que los casos de inicio en la adolescencia son más leves y tienes mejor pronóstico que los casos de inicio en la infancia. Las chicas con trastorno de conducta suelen proceder de familias problemáticas y presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos.

El pronóstico en chicas es peor que el de los chicos, sobre todo con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia. 13 tente a lo largo de la vida había factores de riesgo sociales, familiares y neuropsicológicos, que los diferenciaban de los que sólo habían presentado trastornos de conducta durante la adolescencia.

Tanto los hombres como las mujeres de este estudio con trastorno de conducta persistente, a los 32 años estaban implicados en problemas de violencia y tenían problemas de salud física y mental, y dificultades económicas. (FAROS, 2011)

Etiología del trastorno de conducta y Comorbilidad con otros trastornos

Las causas son multifactoriales; y dentro de ellas deben mencionarse a los niños temperamentalmente difíciles o irritables con trastornos de déficit atencional y/o dificultades en el aprendizaje, sobre todo en el tipo de inicio infantil.

En el tipo de inicio adolescente, luego de los 10 años, aparecen las conductas llamadas antisociales frente al estrés psicosocial, así como el consumo de sustancias, entre otras. Se debe recordar que el recurso de la acción, lo que técnicamente se conoce como "pasaje al acto", constituye una característica de este período. La crisis adolescente conmociona todo el psiquismo en una reestructuración que toca la identidad en sí misma, la identidad sexual, los roles en la familia y los roles sociales, la vocación, los ideales, lo que exige un trabajo de elaboración psíquica por momentos penoso, angustiante. (Comite de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatria, 2012)

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno de conducta intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan. La historia familiar es un predictor muy potente para los trastornos de conducta, ya que en ella confluye el componente genético y las influencias del ambiente de los progenitores.

Los padres con antecedentes de trastorno de conducta tienen dificultad en ejercer sus funciones parentales y el ambiente familiar suele ser caótico. Los hijos de madres con personalidad antisocial tienen mayor probabilidad de recibir un trato hostil, ser víctimas de maltrato físico y testigos de violencia doméstica.

De todos modos, en el estudio de Dunedin el trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial y consumo de sustancias en padres y abuelos se halla como antecedente en los trastornos de conducta de inicio en la infancia y que persisten en la edad adulta como conducta antisocial, pero no se halla en los trastornos de conducta de inicio en la adolescencia o limitados a la edad infantil (Odgers et al. 2007).

En cuanto a las características individuales, los déficits neuropsicológicos, como cociente intelectual bajo, pobreza comunicativa y alteraciones en las funciones ejecutivas, propician la aparición de los trastornos de conducta en la infancia, que pueden reforzarse si la interacción con los padres es coercitiva.

El proceso de interacción coercitiva descrito por Patterson (1982), consiste en que la conducta anómala del niño es reforzada por los progenitores cuando éstos se someten o transigen. Aunque aparentemente la conducta del niño finaliza, se incrementa la probabilidad de que se repita en el futuro. En familias con niños agresivos las interacciones coercitivas tienen mayor probabilidad de instaurarse por el impacto que produce en los padres la reacción agresiva del hijo. (FAROS, 2011)

El trastorno de conducta suele estar asociado a otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo y el consumo de sustancias. La comorbilidad condiciona de forma clara la evolución y el pronóstico del trastorno de conducta. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): El TDAH es el diagnóstico comórbido más frecuente, alcanzando porcentajes que oscilan entre el 65% y el 90%.

Existen numerosos estudios que asocian en consumo de drogas y los trastornos de conducta. La prevalencia suele estar entre el 32% y 96%. El género suele ser una variable mediadora importante: así tenemos que las mujeres adolescentes consumidoras presentarían un trastorno depresivo o ansioso, en tanto que los adolescentes serían las conductas violentas (Simkin, 2002).

Investigaciones longitudinales muestran que el consumo de drogas es secundario al trastorno de conducta, siendo la gravedad y precocidad del mismo un factor determinante en la presentación del consumo, sea un TND o un trastorno disocial.

Se han estudiado todo tipo de drogas, tanto legales como ilegales, y todas la modalidades de consumo y abuso son mucho más frecuentes en los adolescentes con trastorno de conducta. Moffitt (1993) elaboró la noción de “trampa” para explicar la alta comorbilidad del consumo de drogas. Para este autor los actos antisociales darían lugar a un estado de disforia que predispondría a la automedicación con sustancias psicoactivas. El consumo

actuaría, a su vez, como factor de mantenimiento del trastorno de conducta. (BROIDY, 2012)

En los adolescentes con trastorno de conducta y TDAH (trastorno con déficit de atención con hiperactividad) los problemas aparecen precozmente y tienen mayor gravedad que los que no presentan TDAH.

En la adolescencia tienen mayor riesgo de inadaptación social e inicio del uso de sustancias. Trastorno de ansiedad: En muestras no clínicas entre el 22% y el 33% de los niños con trastorno de conducta presentan también un trastorno de ansiedad concomitante; este porcentaje puede alcanzar hasta el 75% en muestras clínicas.

Durante la edad escolar la comorbilidad con el trastorno de ansiedad parece que reduce la gravedad y evita la cronicidad del trastorno de conducta.

En cambio, en la adolescencia el trastorno de ansiedad agrava el trastorno de conducta y lo cronifica, porque el malestar emocional se externaliza. En los pacientes con trastorno de conducta que presentan rasgos de insensibilidad emocional, el nivel de ansiedad es muy bajo porque no sienten malestar por su conducta (FAROS, 2011)

Evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta.

Para diagnosticar el trastorno de conducta es necesario diferenciarlo de las alteraciones transitorias del comportamiento infantil. Wolraich et al. (1996) en la versión para niños y adolescentes del Manual de Diagnóstico para Atención Primaria (DSM-PC) proponen una clasificación basada en el supuesto de que en la mayoría de conductas se puede observar una continuidad que va desde la normalidad a la patología.

Establecen tres niveles: Variaciones evolutivas, Problemas y Trastornos.

Las Variaciones evolutivas son conductas que los padres o profesores detectan como anómalas, pero que no exceden por sus características e intensidad el tipo de conductas posibles en la edad y condiciones del niño.

Las conductas catalogadas como problema son las que distorsionan el funcionamiento del niño o el adolescente en casa o en la escuela con sus compañeros, pero no son suficientemente graves para considerarlas un trastorno mental.

Cuando las características del comportamiento cumplen los criterios establecidos por el DSMIV se diagnostica de Trastorno.

Esta clasificación facilita la intervención de los profesionales de Atención Primaria, ya que les permite orientar directamente a las familias en las variaciones de la normalidad y efectuar interconsulta o derivación a los especialistas de salud mental en las situaciones problemáticas. (FAROS, 2011)

Todos los niños y adolescentes que presentan problemas de conducta requieren una evaluación individualizada y minuciosa, que se inicia mediante una entrevista; En tanto que cuando el paciente es un adolescente conviene implicarle desde el primer momento, solicitando su opinión y explicándole cómo y para qué se efectúa la evaluación.

La entrevista conjunta permite obtener información verbal y no verbal, mientras se observa el estilo de interacción y la respuesta de cada uno ante los temas conflictivos.

Durante la entrevista, de forma más o menos estructurada, se ha de recoger amplia información sobre el motivo de consulta, los antecedentes personales, y familiares, la historia escolar y las consultas efectuadas previamente.

Los datos de la anamnesis se han de completar con material estandarizado que permita contrastar la información de los padres con la de los profesores.

El Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach y Rescola 2001), traducido por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del desarrollo de la Universidad Autónoma de Barcelona, recoge la valoración de los padres sobre las competencias comportamentales en niños de 6 a 18 años. El inventario Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach y Rescola 2001), recoge la misma valoración según los profesores y, para pacientes de entre 11 y 18 años, se utiliza el Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescola 2001).

Las puntuaciones obtenidas en estos inventarios sirven para precisar las características del trastorno de conducta. El síndrome conducta agresiva predice los síntomas agresivos del trastorno de conducta, mientras que el síndrome conducta antinormativa ("rule-breaking"), predice los no agresivos (Tackett et al., 2003).

Las puntuaciones significativamente altas en estos dos síndromes también contribuyen a predecir la persistencia de los trastornos de conducta en un 77% (Biederman et al., 2001).

2. CURSO Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO Y DE ANSIEDAD.

Tipos de trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes.

Se define salud mental como la capacidad de manejar las emociones y lograr vencer obstáculos utilizando herramientas de control y manejo de las situaciones de la vida cotidiana. Cuando esta capacidad se quebranta pueden aparecer alteraciones emocionales y de comportamiento dentro de las cuales se encuentran la ansiedad y la depresión.

El diagnóstico de enfermedad mental, y más si se trata de síntomas depresivos o ansiosos en la población de niños y adolescentes, es un reto para el clínico, dadas las características en ocasiones atípicas de estos cuadros en este grupo de edad. (Ospina, 2012)

Muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental –en particular, la depresión–, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes (en años de vida ajustados en función de la discapacidad). (OMS, 2013)

Según la OMS, en general, un 20 % de la población infantil y adolescente presenta trastornos mentales, dentro de los cuales se encuentran alteraciones de conducta durante la niñez que tienden a persistir en la adolescencia y adultez.

Adicionalmente existen múltiples barreras para el adecuado diagnóstico y tratamiento de estas condiciones, como son el déficit de psiquiatras con formación y experiencia en el manejo de niños y adolescentes, la falta de entrenamiento y ausencia de servicios especializados para niños y adolescentes; lo anterior sumado a la precaria situación económica de algunos países y a la pobre destinación de recursos del estado para una adecuada salud mental.

La clasificación de los trastornos depresivos, se establece en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no.

De esta forma se establecen dos categorías básicas:

- Episodio Depresivo mayor con episodio único o recidivante, que presenta una sintomatología más relevante (consultar criterios diagnósticos específicos en DSM-IV-TR) y Trastorno Distímico, con una sintomatología depresiva moderada.

- Trastornos Bipolares, de tipo I y II en función de si se presentan episodios combinados, maníacos, hipomaníacos y depresivos (Tipo I) o bien episodios depresivos y/o hipomaníacos pero nunca maníacos (Tipo II) y trastorno ciclotímico que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales.

Una tercera categoría englobaría sintomatología depresiva asociada a otras causas: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica u otra alteración biológica.

- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Trastorno del estado de ánimo no especificado. (GARCIA, 2012)

Los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes también han sido clasificados en torno a evolución, presentación, formas de inicio, entre los que encontramos el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Angustia, Trastorno por Estrés Postraumático, Fobia Específica, Fobia Social. (CÁRDENAS, 2013)

Características comunes de trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes.

Los niños y adolescentes con síntomas de ansiedad consultan primero al pediatra y se presentan con miedo o preocupaciones, y por lo general no reconocen su temor como irracional.

Comúnmente tienen quejas somáticas de cefalea, dolor de abdominal, llanto, irritabilidad y enojo, que pueden ser mal interpretados como oposición o desobediencia; cuando en realidad representan la expresión del miedo o ansiedad del paciente o el esfuerzo del niño por evitar el estímulo que le causa miedo o ansiedad.

Estos síntomas pueden llegar a confundir la evaluación y el diagnóstico y llevar a estudios innecesarios. El reconocimiento temprano de los síntomas de ansiedad y la búsqueda inicial de alguna condición médica general que pueda explicar la ansiedad, son de vital

importancia para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno y así poder minimizar el impacto negativo (Ospina, 2012)

El adolescente que tiene un cuadro de ansiedad refiere, por ejemplo, que tiene un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, o pavor a perder el control y clavar un cuchillo a un familiar, o cometer una locura y arrojarse por la ventana.

Otras veces, se trata de la rumiación constante de pensamientos dubitativos, acerca de lo que debe hacer o no debe hacer, o de lo que hizo o dejó de hacer. Estas ideas repetitivas pueden acompañarse de escrúpulos de conciencia de carácter moral o religioso que, junto con las preocupaciones sexuales, son muy típicas de la adolescencia. (MARDOMINGO, 2011)

Se han realizado diversos estudios en donde se concluye que las características comunes que acompañan a la depresión en el adolescente incluyen: Aumento o descenso de peso. Hipo o hipersomnia.

Disminución del rendimiento académico. Problemas de atención y dificultad de concentración. Anergia (pérdida o ausencia de energía) Agitación motora o enlentecimiento. Ausencia de motivación. Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima. Evitación de actividades lúdicas. Interacción social y familiar disminuídas. Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado. Pensamientos recurrentes de muerte. Actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad.

Existen síntomas dependientes de edad, cultura y sexo, parece que las cifras apoyan la teoría de que los síntomas melancólicos se dan más en personas de edad más avanzada, mientras que los síntomas atípicos se presentan en personas más jóvenes.

La edad de inicio también apoya esta dirección, puesto que la edad de inicio en las depresiones mayores se sitúa en torno a una media de 40 años, iniciando el trastorno entre los 20 y los 50 años un 50% de los sujetos.

La depresión bipolar por el contrario, posee un inicio más temprano con una edad media de inicio de 30 años y con casos registrados desde los cinco años hasta los cincuenta según Kaplan,H. & Sadock,B., (1.996); en lo que concierne al sexo, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil : Vallejo Ruiloba, J.& Homon,J. (2.006).

Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en varones que en mujeres. En niños y adolescentes, los trastornos distímicos se presentan por igual en ambos sexos, provocando deterioro en el rendimiento escolar y en la interacción social, además de irritación, baja autoestima y escasas habilidades sociales. En lo que respecta a factores culturales, la depresión en general, posee diferentes expresiones sintomáticas dependientes de la cultura. (GARCIA, 2012)

Curso típico del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad.

En la adolescencia pueden aparecer reacciones de tipo mixto: ansiosodepresivas que evolucionan desapareciendo el estado depresivo y depresión por inferioridad o depresión por abandono cuya evolución en el tiempo depende del tratamiento propuesto. Los episodios hipomaníacos en la población adolescente, pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar y consumo de sustancias. (GARCIA, 2012)

Durante el curso y evolución de estas patologías es importante destacar los cambios mínimos en el paciente pues de ellos dependerá el rumbo que tome el estadio del paciente y también la terapéutica que se piense instaurar.

Como se ha mencionado pueden presentarse comorbilidades acompañantes a estas patologías tanto de tipo biológico y social que resulta un agravante y obligan a tomar directrices diferentes al momento de abordar al paciente.

El abuso en el consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas también se encuentra asociado al curso de estas patologías agravando el cuadro e instalando otro tipo de comorbilidades en el paciente.

Estudios revelan que muchos adultos que no recibieron tratamiento adecuado para depresión y/o ansiedad durante la niñez y adolescencia sufrieron episodios de alcoholismo, consumo de drogas y el curso de la enfermedad los llevo a padecer trastornos depresivos mayores, que desembocaron en intentos de suicidio y suicidio.

Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad más frecuentes durante la adolescencia.

El trastorno depresivo en el adolescente no es de instauración brusca, presenta diferentes estadios que inicialmente pueden ser imperceptibles, pero conforme evolucionan pueden tener graves consecuencias entre ellos tenemos:

- El trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo está en el extremo más cercano de la normalidad. Cursa con síntomas depresivos leves, autolimitados y claramente relacionados con un factor desencadenante (divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, duelo, etc.).

- El trastorno depresivo no especificado, también denominado episodio depresivo leve, depresión menor o subsindrómica, tiene al menos un síntoma central de TDM: tristeza, irritabilidad o anhedonia, asociado a otros 3 síntomas de depresión mayor. No ha de cumplir los criterios de gravedad, duración o cantidad de síntomas presentes de un TDM.

- El trastorno distímico es de inicio insidioso, cursa con síntomas subsindrómicos y tiene un curso fluctuante. Se mantiene al menos durante un año en niños y adolescentes. Es un cuadro depresivo más leve y más crónico que el TDM. No es necesario que los síntomas estén presentes casi cada día, como en el TDM, y no pueden durar más de 2 meses. Cuando un episodio depresivo mayor surge a partir de una distimia se llama depresión doble y tiene un curso más crónico y peor pronóstico (Asociación Española de Pediatria, 2014)

La ansiedad en los adolescentes suele tener un patrón de tipo similar en su presentación, pues de los tipos de trastorno depresivo los más comunes son;

- Ansiedad por separación: Se trata de una angustia que es desproporcionada a la edad y a la circunstancia y que puede llegar al pánico. El adolescente refiere que no puede separarse de los padres como medida de protección para que no les pase nada malo, desde tener un accidente del tipo que sea a ponerse enfermos.

La angustia a la separación se manifiesta también en tristeza, apatía, dificultades de concentración y problemas en la relación con los compañeros, pudiendo incluso presentarse reacciones de tipo agresivo. La ansiedad a la separación es más frecuente en familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos, y que sienten temor ante el proceso de autonomía progresiva del niño que forma parte del desarrollo normal.

- Fobia escolar: Consiste en la incapacidad total o parcial del adolescente de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar. La fobia escolar se da a cualquier edad, una vez que comienza el período de escolarización; no obstante, es más frecuente en los niños que en los adolescentes, afectando por igual a ambos sexos y a todas las clases sociales.

Tener que asistir al colegio produce en el adolescente una angustia intensa de carácter anticipatorio, por lo que tiende a evitarlo como sea. La crisis de angustia se presenta por las mañanas, justo antes de tener que salir de casa, o la noche anterior, o a lo largo de la tarde de la víspera, incrementándose a partir del anochecer.

Las dificultades para ir al colegio, suelen comenzar de forma gradual, con protestas poco intensas y búsqueda de pretextos para no ir, que se siguen de faltas esporádicas a clase que terminan en la más rotunda negativa a entrar incluso en el recinto escolar. Otras veces el comienzo es repentino, y los padres refieren alguna circunstancia que ha actuado como factor precipitante, por ejemplo, un pequeño traumatismo, una enfermedad pasajera, la hospitalización de un miembro de la familia.

- Fobia social: El adolescente experimenta miedo, vergüenza, sentido del ridículo y, en ocasiones, ataques de pánico por el mero hecho de tener que ir a una celebración, hablar en público o con desconocidos, hablar en grupo, tratar con el jefe de estudios o el director del colegio, etc. Los adolescentes con fobia social temen hacer el ridículo, piensan que los

demás les consideran poco atractivos e inteligentes, y que nada de lo que digan u opinen tendrá interés para quienes les escuchan. (MARDOMINGO, 2011)

En diversos casos este trastorno puede ser desencadenado por una experiencia vivida anteriormente pero que repercute en un momento de la vida por lo general la adolescencia, en torno a ello se añade el Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Los síntomas persistentes de éste ocurren después de una experiencia traumática como el haber pasado por un abuso sexual, desastres naturales o violencia extrema. Algunos síntomas son: pesadillas durante el sueño, repentinos recuerdos de imágenes, entorpecimiento de las emociones, depresión sentimientos de enojo e irritabilidad.

Variantes del trastorno depresivo

Como variantes del trastorno depresivo se incluyen las patologías y estadios a las cuales puede derivar el trastorno depresivo ya sea que inicio con el trastorno depresivo, o que el trastorno depresivo se instauró en el curso de otra patología o que comparte características similares a las del trastorno depresivo.

El sentimiento de tristeza es normal cuando es proporcional al factor desencadenante (p. ej., la muerte de un ser querido), se alivia mediante situaciones positivas y se resuelve espontáneamente. La diferencia más importante entre la depresión como enfermedad y los «altibajos normales» de la adolescencia es que los síntomas se asocian al sufrimiento o malestar interno y al deterioro de funcionamiento del paciente.

- Enfermedad bipolar: Es difícil el diagnóstico diferencial en el primer episodio depresivo. Los antecedentes familiares de enfermedad bipolar, psicosis, manía o hipomanía secundaria a antidepresivos nos pueden orientar.

- Trastorno por déficit de atención (TDA): Los niños y adolescentes deprimidos pueden presentar síntomas de inatención acompañados de inhibición motora, especialmente en depresión melancólica. En el TDA este ensimismamiento no está tan relacionado con preocupaciones con carga afectiva. Son más propios de la depresión los sentimientos de culpa, el retardo motor, las somatizaciones, la astenia y la anorexia.

- Trastornos de ansiedad: Hay un solapamiento de síntomas entre la ansiedad y la depresión. Son más característicos de la ansiedad la actitud hipervigilante, la sensación interna de tensión, pánico, evitación fóbica, inseguridad, indecisión y agitación psicomotriz.

- Abuso de drogas: La intoxicación aguda, el uso crónico o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos. La persistencia de los síntomas durante un período prolongado de abstinencia indica un trastorno primario del humor.

- Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo: Es necesario establecer un orden cronológico preciso entre la aparición de los síntomas depresivos y psicóticos, y su relación temporal. Hay 3 posibilidades fundamentalmente:

- Episodio depresivo con síntomas psicóticos: Predominan los síntomas depresivos sobre los psicóticos y ambos desaparecen o recurren al mismo tiempo. Con frecuencia hay antecedentes familiares de síntomas depresivos y no de psicosis.

- Episodio depresivo pospsicótico: Los síntomas aparecen tras la resolución de los síntomas psicóticos. Es frecuente en el curso de una esquizofrenia.

- Trastorno esquizoafectivo: Los síntomas depresivos y psicóticos aparecen a la vez, son igual de severos y tienden a la cronicidad.

- Trastorno del aprendizaje: Con frecuencia aparecen síntomas depresivos secundarios al fracaso escolar. Suele ser importante conocer el cociente intelectual del niño y del adolescente.

- Enfermedad médica: Sida, anemia, hipotiroidismio, lupus eritematoso, cáncer y el síndrome de fatiga crónica son algunas de las patologías que pueden generar un cuadro de depresión en el curso de la misma.

Variantes del trastorno de ansiedad.

Como variantes del trastorno de ansiedad se incluyen las patologías y estadios a las cuales puede derivar el trastorno de ansiedad ya sea que inicio con el trastorno de ansiedad, o que el trastorno de ansiedad se instauró en el curso de otra patología o que comparte características similares a las del trastorno de ansiedad.

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, los síntomas se explican por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad.

- Trastorno de ansiedad inducido por substancias, hay una sustancia -droga, medicamento o tóxico-, que provoca los síntomas de ansiedad.

- Ansiedad en otros trastornos mentales: la inquietud excesiva se relaciona con la posibilidad de sufrir un ataque de pánico -trastorno de angustia-, con pasarlo mal en público –fobia social-, engordar –anorexia nerviosa-, temor a padecer una grave enfermedad –hipocondría-, presentar múltiples síntomas físicos –trastorno de somatización.

- Trastorno adaptativo con ansiedad: sólo se establece este diagnóstico cuando no se cumplen los criterios para el diagnóstico del resto de trastornos de ansiedad, se debe, además a un estresante, y no se prolonga más allá de seis meses desde la desaparición del estresante.

- Ansiedad en trastornos del estado de ánimo y en trastornos psicóticos: la ansiedad aparece sólo en el transcurso de éstos. Además existen otros síntomas específicos de cada uno de estos dos grupos.

- Ansiedad no patológica: las preocupaciones son más controlables e interfieren menos en la actividad diaria de la persona.

Son además menos intensas, menos perturbadoras y menos duraderas, y se relacionan más con factores desencadenantes No suelen acompañarse de síntomas físicos como tensión muscular, irritabilidad, o impaciencia. Aunque en niños es más frecuente que se den este tipo de síntomas físicos. (PINCUS, 2011)

Marcadores biológicos comunes a la depresión y a la ansiedad.

En lo correspondiente a la depresión se estiman los siguientes marcadores biológicos en torno a esta patología.

-Genética: El riesgo de morbilidad en familiares de pacientes Bipolares según Vallejo y Ruiloba (2.006), se estima en un 12,1 (padres), 21,2 (hermanos) y 24,6 (hijos). Neuroendrocrinología: Existen evidencias de que en las depresiones endógenas, se da un alteración del complejo hipotálamo-hipofisario.

-Neurofisiología y Neuroanatomía: Parece demostrado que en la Depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex pre frontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado Videbech, (2.000)

-Nivel Funcional: Según Koplewicz, H.S., entre los 14 y 17 años, el cerebro sufre una serie de modificaciones que alteran las conducciones neuronales, eliminando células innecesarias y primando redes imprescindibles para nuestro aprendizaje como adultos. En cualquier caso, habría que demostrar que estas modificaciones están relacionadas con los trastornos depresivos.

-Bioquímica: La hipótesis catecolaminérgica, es la que inicia la investigación bioquímica en la psiquiatría. Según esta hipótesis, algunas depresiones presentan decrementos funcionales en la noradrenalina, mientras que los Trastornos Bipolares estarían relacionados con incrementos en la actividad de la noradrenalina, efectos que se pueden bloquear con antagonistas dopaminérgicos.

La hipótesis serotoninérgica, atribuye un papel decisivo de la disminución de la actividad de la serotonina como factor desencadenante en la Depresión. (GARCIA, 2012)

Otros autores como Janowsky y cols. (1.972) describieron una alteración del sistema colinérgico, llegando a proponer la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético de la depresión.

En lo concerniente a la ansiedad se han estudiado diferentes marcadores biológicos, se conoce que es multicausal aunque se ha asociado a la alteración en dos neurotransmisores la norepinefrina y la serotonina.

Estudios en gemelos monocigotos sugieren un importante componente genético para la aparición de trastorno de ansiedad, de la misma manera se sostiene una base hereditaria para la aparición de dicho trastorno ya que hijos de padres que ha sido diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad es más frecuente encontrar un espectro ansioso de dicha patología. (CÁRDENAS, 2013)

En fin, todo trastorno ansioso puede suponer la activación de la angustia con sus componentes somáticos, psíquicos y conductuales, mediados por la respuesta al estrés.

El estrés es la respuesta del organismo a estímulos procesados como peligrosos, activándose el sistema simpático, liberando cortisol la glándula adrenal. La amígdala cerebral, como mediador de la actividad autonómica, se ha asociado al apego humano inseguro. En el sistema neuroquí- mico responsable de la angustia, están involucrados al menos 4 sistemas de neurotransmisores: el serotoninérgico, gabaérgico, dopaminérgico y noradrenérgico.

Algunos estudios han relacionado la desregulación en el sistema noradrenérgico al desarrollo de ansiedad excesiva. Un funcionamiento alterado del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido relacionado con altos niveles de ansiedad en niños y adolescentes, y síntomas de ansiedad por separación podrían predecir un nivel de concentración elevada de cortisol. (PACHECO, 2012)

Comorbilidades presentes en el desarrollo de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Del 40 al 90% de jóvenes con trastorno depresivo y de ansiedad tienen otros trastornos psiquiátricos y al menos del 20 al 50% tienen 2 o más diagnósticos comorbidos.

Los diagnósticos comorbidos más frecuentes son distimia, trastornos disruptivos, trastorno de abuso de sustancias, se acompañan también de trastornos de ansiedad como de ansiedad generalizada en adolescentes y trastorno de separación en niños. Muchos de estos se acompañan con comorbilidades de tipo social como actuación en actividades de índole delictiva, consumo de sustancias, promiscuidad y mas. Algunos estudios sugieren que mas del 60% de los adolescentes deprimidos presentan trastornos de personalidad comorbidos. (MOLINA, 2014)

En torno a ello es necesario identificar las comorbilidades ya que el espectro de encontrarlas es bastante amplio y el riesgo que suponen sugiere un estudio detallado.

3. ABORDAJE DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD.

Historia clínica psiquiátrica

La entrevista clínica es un instrumento fundamental en la práctica psiquiátrica y psicológica.

Es la vía regia en el diagnóstico, es una relación privilegiada y confidencial que se establece entre el clínico, el paciente y la familia. En este acto, clave y médula en psicopatologia infantil, podemos obtener informaciones útiles y también podemos dar un primer apoyo terapéutico. En esa situación se establece una comunicación verbal y no verbal, parcialmente afectiva, de respeto y confianza mutuos.

La entrevista clínica en el adolescente proporciona el contexto para la exploración directa de cómo percibe el propio adolescente el problema manifiesto y para la evaluación de su estado global del desarrollo y del estado mental.

La entrevista directa con el adolescente proporciona una información que no podría obtenerse a través de otras fuentes, como el grado de sufrimiento personal, información relativa a afectos y fenómenos mentales que no se pueden observar (p.ej., ansiedad, pensamientos suicidas, pensamientos obsesivos, alucinaciones), y otras informaciones como conductas antisociales o abuso sexual.

La finalidad de la entrevista puede ser evaluativa o terapéutica. (GALLART, 2011)

El conformarse únicamente en recabar información, sin formularse propósitos terapéuticos conlleva el riesgo de convertirse en una intrusión intolerable en su intimidad y transformarse en una actividad estéril.

El proceso de exploración en salud mental se basa generalmente en cuestionarios, que auto o heteroaplicados, nos llevan hacia una aproximación diagnóstica del proceso psicopatológico. Pero la demanda asistencial del adolescente suele encuadrarse en un marco de globalidad. No reconoce fácilmente que sus síntomas y problemas son personales, generalmente atribuye su origen a factores externos, padres, profesores, pareja y sociedad.

Recomendaciones generales:

1- Para la anamnesis de la historia previa habrá que contar con la colaboración de los padres. Se trata de una excelente ocasión para que el adolescente, presente ya en esta primera etapa de la anamnesis, conozca mejor sus antecedentes personales. Conviene que ya en la primera entrevista quede claro que el profesional es el profesional del adolescente y que no es el profesional de los padres, así como establecer la garantía de confidencialidad.

2- Si el adolescente acude acompañado de sus padres, es lógico que sean éstos quienes expongan los motivos de consulta. A menudo pueden no coincidir con los puntos de vista del adolescente. Por ello habrá que informarle que más tarde tendrá derecho a decir su versión de los hechos.

3- Después, se invita a los padres a volver a la sala de espera y se procede a la entrevista personal al adolescente. La entrevista suele ser prolongada, y por tanto, habrá de disponer de tiempo, sin prisas, para escuchar las respuestas del adolescente. A veces es eficaz el paseo como lugar y forma de entrevista o incluso en la terraza de una cafetería.

4- Además habrá que tener presentes la confidencialidad, las interrupciones, los comentarios y los juicios de valor. Así como evitar escribir en presencia del adolescente durante la entrevista.

Objetivos de la entrevista:

1. Historia tratando de obtener la implicación del adolescente y la visión explícita de: - Factores que llevan a la consulta; - Problema presente; - Circunstancias de vida relevantes y factores psicológicos.
2. Llevar a cabo un examen del estado del desarrollo mental para determinar y describir la apariencia y funcionamiento del adolescente manifestado en situación de entrevista.
3. Establecer una concordancia con el niño o adolescente para facilitar el compromiso y la y cooperación con la consulta y las subsiguientes recomendaciones para el tratamiento.

Estructura de la Entrevista:

1- Presentación del profesional. El profesional deberá presentarse al adolescente, de forma agradable y explicar cuál es su rol dentro de la consulta.

2- Presentación del adolescente. Conviene interesarse por el nombre o apodo con que quiere ser conocido.

3- Escuchar atentamente al adolescente y entender todos sus problemas, por poco importantes que nos puedan parecer.

4- Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente (ropa, gestos, estado de ánimo). Conviene saber que los sentimientos que un adolescente nos provoca guardan relación directa y estrecha con los que él va a sentir ante nosotros (ansiedad, aburrimiento, agresividad).

5- Observar mucho y escribir poco. El lenguaje no verbal puede ser la clave para un buen diagnóstico: el movimiento de las manos, la manera de sentarse, los movimientos oculares y la mirada, el inicio de las lágrimas.

6- Es fundamental establecer una buena relación entre el profesional de la salud y el adolescente. Para ello, y delante de los padres, se debe asegurar la privacidad y la confidencialidad de la entrevista. Asimismo conviene dejar claros los límites de este "secreto profesional" que no son otros que las situaciones de peligro para la vida (ideación suicida) o de gran riesgo social (ideas de fugas o sobre daños irreparables).

7- Perder el miedo al compromiso de confidencialidad. Cuando un adolescente nos ha confiado conflictos importantes que, sin rayar el riesgo, pensamos que deberíamos ponerlo en conocimiento de sus padres, se trata de exponer llanamente al adolescente una opinión bien argumentada sobre la conveniencia que el profesional ve en poder mantener una charla con los padres sobre aquellos temas más espinosos.

Se le propone al adolescente una reunión a tres partes, en la que el profesional va a asumir el papel de abogado defensor del adolescente. Esta sencilla técnica proporciona experiencias muy gratas en el trato con adolescentes y sus padres.

8- Usar un lenguaje con el que el adolescente se sienta confortable. Hay que evitar usar el "argot" juvenil de moda. Nuestro paciente busca en nosotros un profesional sensible y maduro y no espera que lo atienda otro adolescente.

9- Evitar los silencios prolongados y los comentarios que impliquen un juicio de valor. Los largos silencios no suelen ser favorecedores, puesto que pueden ser interpretados por el adolescente como hostilidad y desinterés, pudiendo aumentar la tensión interna.

Nunca hay que tener prisa para enjuiciar las acciones y será siempre preferible conducir la conversación hacia la reflexión personal y la argumentación, a fin de provocar que sea el propio adolescente quien llegue a emitir sus propios juicios de valor. Evidentemente, tendrán mucho más valor, por inmaduros que nos parezcan, que los que le podamos transmitir nosotros mismos.

10- Considerar seriamente todo comentario que el adolescente nos haga y hacer cuanto esté en nuestras manos para que se sienta valorado como persona y como adulto (nunca como "caso clínico").

11- Durante la entrevista, conviene explorar todos aquellos detalles que nos interesan de la vida del adolescente, empezando por el motivo de consulta. Ya tendremos tiempo más adelante de investigar los antecedentes personales y familiares, la historia escolar o laboral, o los hábitos y estilos de vida.

Ya que la entrevista con el adolescente puede tender al desorden, es útil tener presente un guión sobre todo aquello que nos interesa saber. En este sentido nos sirve el acrónimo que propone García Tornel (1997).

FACTORES Familia: relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción Amistades: actividades, deportes, tipo de relaciones Colegio-trabajo: rendimiento, grado de satisfacción Tóxicos: experimentación-abuso, tabaco, alcohol, drogas Objetivos: estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones Riesgos: deportes, moto, coche, ambientes violentos, mediaciones, abuso sexual, régimen dietético Estima: aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones, homosexualidad

12- El punto de partida de la entrevista debe ser el motivo de consulta. Pero podemos encontrarnos con un adolescente que refiera síntomas que no son representativos de su verdadero problema. Se trata de una manera de poner a prueba nuestra confiabilidad y nuestro grado de comprensión.

13- Si no existe una relación previa con el adolescente, suele ser difícil establecer una comunicación libre y fluida; incluso cuando se trata de un paciente seguido en consulta durante la infancia, conviene tener en cuenta que la adolescencia supone un cambio importante en las relaciones con el adulto.

Sin que existan fórmulas mágicas algunas ideas pueden ayudar a estructurar la entrevista con el adolescente. - La comunicación es más fácil si se realiza con preguntas abiertas, que permiten mayor explanación en las respuestas. “Cuéntame más sobre esto”. “¿Cómo te sentiste?” o “¿Qué aspectos desearías modificar en la relación con tus padres?”.

El entrevistador que prematuramente lleva al paciente a un corriente de preguntas específicas limita la información acerca de la forma personal de pensar del paciente, no enseña acerca de cómo el paciente lleva los silencios y soledades, y cierra al paciente la oportunidad para introducir un tema nuevo. Además la tarea de formular preguntas específicas una tras otra puede entrometerse en la habilidad del médico para escuchar y entender al paciente Esto no significa que se deban evitar preguntas específicas.

A menudo los pacientes dan respuestas elaboradas a preguntas específicas como “¿cuándo te casaste?” Sus respuestas pueden abrir nuevas perspectivas en la búsqueda. La clave está en evitar aproximaciones demasiado rápidas y permitir a los pacientes que elaboren sus propios pensamientos.

- Utilizar respuestas “en espejo”, repitiendo sus propias respuestas. Por ejemplo: ¿Cómo te sientes con tu padre? Lo odio. Nuestra respuesta en espejo será: ¿Lo odias? Y, con algo de suerte, el adolescente seguirá la conversación: Sí, porque...

- Ir resumiendo los puntos que aparecen en la entrevista para ayudar al adolescente en la síntesis de sus problemas y, muy a menudo, a ser conscientes de sus preocupaciones reales.
- Preguntar para aclarar algunas afirmaciones o expresiones que puedan quedar en el aire. Por ejemplo: ¿Qué quieres decir con eso?

- Cuando se trate de temas embarazosos, podemos usar afirmaciones que faciliten la discusión. Por ejemplo: Muchos chicos de tu edad se masturban o juegan con sus genitales, lo que es normal. Imagino que, a menudo, tú también deseas hacerlo...

- En casos aún más embarazosos, utilizar ejemplos de terceras personas para permitir la proyección. Por ejemplo: Me han dicho que sin tomar pastillas es difícil divertirse en las discotecas, ¿qué opinas tú de ello?

- Dar apoyo a través de respuestas que impliquen el sentimiento de comprensión que el profesional tiene de sus problemas. Por ejemplo: Imagino que te lo has pasado muy mal, y sin poder contárselo a nadie.

14- Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia para en nuestro paciente. Pero cabe recordar también que un día fuimos adolescentes: nos va a ayudar a comprenderlos.

15- Evitar asumir un rol parental sustituto. El profesional debe actuar como un adulto que pone especial énfasis en escuchar, aconsejar y guiar, evitando los juicios de valor. Se pueden comprender todas las conductas, lo cual no implica aceptarlas y apoyarlas. Recordarle, a menudo, que el auténtico responsable de su salud es él mismo.

16- Reconocer las incomodidades. Cuando el profesional se pueda sentir incómodo para tratar algún tema concreto con el adolescente, será mejor dejarlo para el final, cuando se haya establecido ya un buen clima de confianza y comunicación.

17- Actuar siempre de abogado del adolescente. Recalcar sus características positivas y sus habilidades, que a menudo los padres, agobiados por las conductas negativas, no han sabido apreciar. Cabe tener en cuenta que apoyar al adolescente en un período de “bajón” no es lo mismo que apoyar una conducta impropia.

18- Inculcar la responsabilidad. El profesional debe tener conciencia de que los adolescentes han de ser los responsables de su propio cuidado. Cuanta más responsabilidad tenga, menos problemas de obediencia aparecen.

Factores de riesgo: Entendemos por riesgo la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan con una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales.

Hay que distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo. Entendemos como factores de riesgo "aquellos elementos que tienen la posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir", como explica Eisenstein (1994).

Los factores de riesgo pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Las conductas de riesgo agrupan aquellas "actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura".

A menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia. Los adolescentes necesitan explorar los límite, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con os adultos.

Se trata de manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan os límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre, pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Finalmente, las situaciones de riesgo se definen como "aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social", (Eisenstein, 1994). Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes.

Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal. El objetivo de la entrevista es la obtención de información sobre el adolescente y su entorno. Habitualmente, el adolescente es "arrastrado" hasta la consulta por sus padres. Y aparece ante nosotros temeroso y desconfiado, o depresivo y preocupado. En otras ocasiones, sus mecanismos de defensa la hacen aparecer expansivo, charlatán, fanfarrón o autosuficiente.

Puede ser difícil entrar en la entrevista. Por ello, nos puede ser útil un sencillo cuestionario, adaptado a su lenguaje, que nos ofrezca la ocasión para entrar en más detalles. Otros elementos a considerar son la familia, os padres que suelen representar las personas adultas más próximas al adolescente y que, de ninguna manera, el profesional de la salud deberá interferir en la relación entre padres e hijos. Uno de los objetivos de nuestra actuación debe ser facilitar el entendimiento y la comunicación.

Para ello conviene (Maddaleno, 1992):

1- Mantener la privacidad del adolescente en la entrevista que mantendremos con padres y adolescente a la vez.
2- Registrar la interactuación entre el adolescente y sus padres para evaluar así cual es la dinámica familiar.
3- Mantenerse neutral, actuando como consejero. Evitar el papel de juez que, a menudo y de forma muy subliminal, piden los padres o el propio adolescente.
4- La entrevista conjunta (padres y adolescente) es imprescindible cuando el problema es de ambos, hay una alteración en la dinámica familiar, se necesita aliviar a los padres de los sentimientos de rechazo o de culpa, cuando se desea lograr cambios en ambos, o cuando lo piden los propios padres.
5- Siempre que sea posible, será interesante entrevistar a los padres a solas, pero informando de ello al adolescente.

El profesional no puede olvidar que su paciente es el adolescente; la confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada durante la transacción de la atención sanitaria. Para los adolescentes, la garantía de confidencialidad es una condición muy valorada, es esencial para que el paciente deposite confianza en su proveedor de asistencia y pueda aportarle las informaciones

que, suponiendo aspectos de su intimidad y de su vida personal, puedan ser útiles en su proceso diagnóstico y terapéutico.

La confidencialidad en la relación entre el profesional de la salud y el adolescente debe existir siempre que sea posible, teniendo en cuenta la edad, la capacidad de entender el problema y de tomar decisiones, así como las repercusiones futuras de estas decisiones, las relaciones con los padres y los impedimentos legales. Es necesario que los profesionales de la salud comuniquen explícitamente a sus pacientes adolescentes las pautas que siguen en la consulta respeto a la confidencialidad.

Entrevistas conflictivas:

1- El adolescente hablador. Hay adolescentes que hablan constantemente en un acto defensivo para no entrar en los temas conflictivos. Sus relatos de éxitos intentan desviar la atención del entrevistador. Se recomienda ignorar las exageraciones, evitar entrar en detalles sin importancia y concentrarse en lo que está intentando decir más que en lo que realmente dice. Habrá que desarrollar habilidad para descifrar los mensajes. Será útil dar más estructura a la entrevista, marcando los límites de la misma. Puede ser útil decir: "Veo que te gusta mucho hablar de tal tema. ¿Por qué?"

2- El adolescente silencioso. Hay adolescentes que permanecen mudos durante la entrevista y los hay que, incluso, dan la espalda la entrevistador. Lo más probable es que se trate de adolescentes que hayan sido obligados a acudir a la consulta desde la familia o la escuela y asocian al profesional como parte de la estructura del poder adulto. En otras ocasiones, se trata de adolescentes que han sido objeto de malos tratos y son incapaces de expresar sus temores o ansiedades.

   El profesional deberá ser capaz de romper la barrera del silencio. Hay frases que pueden ayudar: "Me imagino que estás enojado", "supongo que te obligaron a venir" o "me imagino cómo te sientes". Así como recurrir al tópico"¿Qué hace un chico como tu en un sitio como este?".

3- El adolescente enojado y agresivo. Aún los profesionales más entrenados pueden sufrir la tentación de involucrarse en forma negativa con los pacientes agresivos y terminan agrediéndoles también.

El profesional debe recordar que él no es el motivo de la rabia, estas actitudes de rechazo, de agresividad o hostilidad no son mas que la expresión de un mecanismo defensivo contra la ansiedad, o bien un fenómeno transferencial. La mejor manera para resolver esta situación puede consistir en reconocer los propios sentimientos ("Estás muy molesto"), identificar la causa del enojo (tal vez una larga y aburrida espera en la consulta).

En cualquier caso habrá que intentar ofrecer ayuda o excusas si la falta es del profesional.

4- El adolescente lloroso. Ante las lágrimas del paciente nos podemos sentir incómodos, pero hay que reconocer que estas lágrimas pueden ser beneficiosas y terapéuticas para el paciente y representan también una oportunidad del profesional para estar más cerca del paciente. Será recomendable el apoyo silencioso, ya que la mayoría de los pacientes logran controlarse en una período corto de tiempo.

Es útil tener a mano pañuelos.

I. Evaluación Individual: La particularidad psicopatológica de la clínica del adolescente consiste en que con gran facilidad, el entorno, los padres, y los propios adolescentes se focalizan sobre las conductas externalizadas y agudas en detrimento de las conductas más mentalizadas.

De esta forma las vivencias de la angustia, el sufrimiento depresivo, los miedos dismorfofóbicos, dudas invasivas, pesadillas repetidas, pensamientos obsesivos, pueden estar presentes durante largo tiempo sin ser advertidos ni expresados a los demás, la sintomatología aparente puede ponerse de manifiesto como rechazo escolar, conflicto acerca de la conciliación del sueño, fugas, aislamiento en su casa, tentativas de suicidio conductas anoréxicas, bulímicas, el va y ven entre los datos suministrados por la relación con el adolescente en la entrevista y la elaboración de la hipótesis etiopatogénica es continua.

La revaluación permanente es necesaria y es lo que constituye la mayor riqueza clínica de las entrevistas con el adolescente.

La consideración del síntoma angustia en el adolescente toma ciertas peculiaridades, puesto que frecuentemente la niega o la oculta. Deberemos tener en cuenta la angustia:

a) De perder los límites de si mismo.

b) De abandono.

c) Frente un cuerpo sexuado.

d) De separación

e) Ante una amenaza incestuosa.

f) Frente a los fantasmas de parricidio.

Se consideran ciertos parámetros como parte de esta problemática, que es importante tener en cuenta durante la evaluación individual:

A-) La angustia con forma de aparición puede ser difusa o focalizada; por ej.: sobre una parte del cuerpo con la que el niño o adolescente no se encuentre contento.

La angustia puede causar una gran desorganización intrapsíquica o por el contrario ser tolerada muy bien. La ausencia de angustia es un criterio de evaluación pronóstico y terapéutico frecuentemente malo.

B-) Tensión interna: El recrudecimiento pulsional en la pubertad explica la frecuente tensión interna y sus rápidas fluctuaciones. El grado de impulsividad, las conductas que conllevan rupturas (fugas, crisis clásticas o de agitación, tentativas de suicidios, alcoholizaciones agudas, crisis bulímicas agudas, etc) las desorganizaciones súbitas y completas del funcionamiento psíquico son criterios de evaluación importantes.

C-) El humor: Espontáneamente el adolescente no habla de estado depresivo o de sufrimientos de tipo moral. Las conductas de retraimiento, el bajo rendimiento escolar, estados coléricos bruscos, pueden ser el reflejo de un problema depresivo subyacente. Inversamente una excitación del humor puede manifestarse por diversos pasos al acto, fugas, insomnio, ruptura escolar, pueden ocultar un trastorno del humor en su vertiente expansiva.

D-) La relación con el cuerpo: El pudor, se vive y genera cierta hostilidad, puede conducir al adolescente a no querer hablar de su propio cuerpo. Las conductas alimentarias, como la

anorexia los vómitos o la bulimia pueden mantenerse secretas durante largo tiempo por lo menos dentro del ámbito familiar.

Los trastornos del sueño son frecuentes, pesadillas, insomnio de conciliación. Las dismorfofobias, hipocondriasis pueden ser el substrato de una conducta de aislamiento, y se puede observar que dejan de hacer deporte o actividades de grupo que antes practicaban.

E-) La relación con el cuerpo sexuado: Es importante explorar directamente con el adolescente como vive la nueva imagen de su propio cuerpo.

La masturbación puede llevarse a cabo de forma compulsiva o por el contrario rechazarla totalmente, fantasías sexuales, conductas sexuales caóticas, sádicas, masoquistas, contactos homosexuales eventuales, etc.

Abordar estos aspectos con el adolescente requiere tacto y prudencia puesto que suelen responder, al ser preguntado directamente sobre estos temas, con negaciones o banalizando, difícilmente en una primera entrevista pueden abordarse, el entrevistador debe elegir el momento adecuado, siempre será después de haber establecido una correcta relación de confianza.

F-) La "dudas" en el pensamiento del adolescente Una de las preguntas que se hace a menudo a si mismo, es: ¿soy normal? La valoración del lugar que ocupa esta duda, y la tolerancia de la misma es de suma importancia. Se debe conocer si se invade el funcionamiento mental, (ya sea afectivo o cognitivo) por una duda generalizada y difusa que va entre la realidad o el mundo interior, y si ello provoca una exacerbación de los mecanismos de defensa, como: oposición, adhesión masiva a un sistema de creencias religiosas, filosóficas, éticas, o a un sistema delirante relacionado con la duda sobre su identidad sexual, por ejemplo.

G-) La relación con sus padres y otros miembros de la familia:

Deberá tenerse en cuenta:

a) El grado de entente o de conflicto

b) La necesidad y el sentido de una oposición

c) La diferenciación según los padres.

d) La calidad de la relación con la fratria y con los abuelos.

e) La capacidad de situar la constelación familiar, situando a cada miembro en su identidad social y familiar.

f) Los intereses compartidos o la ausencia de intereses comunes.

H) Las relaciones sociales:

a) La capacidad de estar solo y la integración en grupo.

b) La dependencia o no del grupo.

c) El grado de congruencia entre la relación social y familiar.

d) Las relaciones sociales bruscamente interrumpidas.

e) El interés por la escolaridad i los proyectos profesionales.

f) La relación con el amigo o la amiga íntimos.

Análisis Psicopatológico del Adolescente.

A-) Las Dismorfofobias: Las vivencias de hostilidad en relación a su cuerpo, son frecuentes en los adolescentes. Las dismorfofobias concernientes a una parte del cuerpo (pechos, musculatura.) en relación a la pubertad suelen ser pasajeras y forman parte del momento evolutivo. Las dismorfofobias no concernientes a las partes del cuerpo que se modifican durante la pubertad (ojos, orejas, etc) denotan generalmente un problema subyacente, un posible rechazo a su nueva imagen y posiblemente conflictos con su propio rol.

Las primeras suelen desaparecer espontáneamente, mientras que las segundas se acentúan y es necesario profundizar el estudio del adolescente, formulando soluciones mediante tratamiento.

B-) Conflicto entre adolescente y padres: Es útil el análisis de dos situaciones;

a) Si existe una buena relación con los abuelos y con otros adultos lo cual contrasta con la relación altamente conflictiva entre adolescente y padres. Esta situación indicaría

una búsqueda de identificación y una necesidad de desprenderse de las dependencias establecidas en la infancia.

b) Si la relación conflictiva entre adolescente y padres se hace extensiva al resto de familiares y a otros adultos, indicaría una gran rigidificación del proceso psíquico y una utilización de mecanismos arcaicos de defensa. Ello conlleva un bloqueo del proceso evolutivo, de las posibilidades de identificación.

C-) La calidad del interés escolar:

a) Un excesivo interés por la escolaridad sin intereses mas o menos definidos en relación a una futuro proyecto profesional suele indicar una situación defensiva y conlleva el riesgo de que este falso interés desaparezca.

b) Una falta de interés por la escolaridad y una ausencia de proyecto de futuro profesional denotan un rechazo grave al aprendizaje y una posible situación regresiva.

c) Una falta de interés por la escolaridad pero con proyectos de futuro e intereses profesionales definidos denotan una capacidad para escoger y para identificarse.

II. Evaluación Familiar:

a) Evaluación descriptiva

1) Organización formal de la familia.

2) Enfermedades mentales

3) Enfermedades hereditarias

b) Evaluación dinámica. La presencia de un adolescente en la familia constituye un factor de riesgo para la homeostasis familiar; mas todavía si se considera que por un lado el objetivo del adolescente es conquistar nuevos objetivos para conseguir un cambio y por otro lado el objetivo de la familia es mantener el funcionamiento habitual.

c) Entrevista con los padres. Nos permite profundizar en la anamnesis mediante la entrevista con el adolescente, síntomas, conductas habituales, características y evolución de su infancia. En algunas ocasiones muy específicas puede ser de interés evocar con los padres en presencia del hijo, como se escogió su nombre, el deseo de que naciera, etc.

Estos recuerdos, si son posibles introducen la dimensión del tiempo, relativizan la intensidad de las dificultades del momento y pueden jugar un papel catártico, desplazando las líneas del conflicto o bien abriendo espacios nuevos de curiosidad y de interés.

III. Evaluación del Entorno.

Se obtiene mediante las entrevistas con:

a) El propio adolescente

b) Con sus padres

c) En ocasiones con otros adultos, educadores, asistentes sociales, jueces de menores. Es especialmente importante conocer las relaciones con el grupo, o la banda, o la "pareja". A menudo no tiene el mismo significado la conducta en solitario o en grupo.

Un ejemplo lo podemos tener en el consumo de alcohol, el adolescente que bebe entre semana suele presentar una psicopatología como la depresión o la ansiedad, busca una automedicación, en cierto sentido. El que bebe los fines de semana y en grupo evidencia un proceso de relación que expresa un fenómeno social que no implica necesariamente una alteración psicopatológica. Es muy importante diferenciar el diagnóstico y el pronóstico, de la psicopatología del paciente; no debe obviarse el pronóstico en relación a la adaptación social. Un entorno desestructurado, delictivo, marginal constituye un factor de alto riesgo para un adolescente frágil. (GALLART, 2011)

Entrevistas diagnósticas estructuradas.

Los clínicos se basan en las entrevistas con el niño o adolescente y con sus padres para determinar la presencia o ausencia de los trastornos psicológicos. Sin embargo, esta forma de obtener información es cuestionable por su subjetividad en la forma de recoger e interpretar la información. La concordancia que existe entre los clínicos al hacer los diagnósticos no es alta. Edelbrock y Costello (1990) citan como la mayor causa de mala fiabilidad en el proceso diagnóstico la variabilidad de la información o variabilidad en la forma de buscar y obtener la información de los entrevistados.

Pero también existen otras fuentes de variación, como la variabilidad del sujeto, o variación en el contenido y en el estilo de contestar de un entrevistado a otro; la variabilidad de

criterio, o variabilidad debida al uso de diferentes criterios diagnósticos; la variabilidad de la situación o desacuerdo asociado con la obtención de información diferente del mismo individuo en diferentes circunstancias y, la variabilidad de observación o desacuerdo asociado con circunstancias en las que los observadores perciben el mismo fenómeno de forma diferente.

Todas estas discrepancias son una amenaza para la fiabilidad de la entrevista.

Diferentes clínicos pueden discrepar en su concepción de lo que es un determinado trastorno, utilizar distintos criterios diagnósticos, fuentes de información diversas, preguntarán sobre temas dispares, sin duda harán las preguntas de forma diferente, y combinarán e interpretarán las respuestas de modo desigual.

Además, pueden influir sobre las respuestas del entrevistado a través de su forma de preguntar (variabilidad de la situación) o de sus reacciones verbales y no verbales, y además el entrevistado también puede responder a las preguntas de una forma inconsistente, de modo que el resultado, lo que se encuentra o identifica, puede ser, muy probablemente diferente.

Esta falta de acuerdo entre los clínicos ha provocado la desconfianza y la falta de credibilidad de los diagnósticos así derivados y ha sido un motivo de crítica frecuente. Ante la evidente necesidad de estandarizar el procedimiento de obtener la información se optó por la estructuración de la entrevista, lo que equivale a limitar la variabilidad en el intercambio pregunta-respuesta entre el entrevistador y el entrevistado -variabilidad de la información-.

Esto, se consigue definiendo el fenómeno que tiene que valorarse, limitando el orden y la redacción de las preguntas y estandarizando cómo se valoran, registran, combinan e interpretan las repuestas.

Una entrevista estructurada es una lista de conductas, síntomas y acontecimientos sobre los que se debe obtener información, las pautas para realizar la entrevista y los procedimientos para registrar los datos. En función del grado de rigidez con que están presentes estos aspectos se puede hablar de entrevistas estructuradas y semiestructuradas.

Las entrevistas estructuradas especifican el orden exacto y el texto de la pregunta y dan normas explícitas para evaluar y registrar las respuestas del sujeto.

Diferentes entrevistadores tendrían que hacer exactamente las mismas preguntas, en el mismo orden, y evaluar y registrar las respuestas de la misma manera. El entrevistador es una parte intercambiable en este proceso.

El rol del juicio clínico para obtener la información y registrar las respuestas es mínimo y al entrevistador se le da poca libertad para dirigir la entrevista. Con ellas se obtienen datos objetivos y fiables, pero son rígidas y mecánicas y no pueden adaptarse a un entrevistado particular. Las entrevistas semiestructuradas no son tan rígidas y dan al entrevistador más flexibilidad para dirigir la entrevista. Diferentes entrevistadores deberían cubrir los mismos temas pero pueden hacerlo de diferente manera.

El entrevistador tiene un papel más importante para determinar qué se pregunta, cómo verbalizar las preguntas y cómo registrar las respuestas.

Otorgan más importancia al juicio clínico y permiten y permiten una entrevista más espontánea que puede adaptarse al entrevistado. Esta flexibilidad produce más variabilidad de la información comprometiendo la fiabilidad.

Entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas más utilizadas en niños y adolescentes, para el diagnóstico de psicopatologia en general, es decir que no están especializadas en un trastorno o grupo de trastornos concreto, sino que abordan los trastornos más frecuentes a estas edades.

- Estructurada - Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) La DICA fue el primer protocolo diseñado para niños (Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt. 1975) y también fue el primero que se adaptó a los criterios del DSM-III-R. Clínicos o personal no clínico entrenado pueden realizar la entrevista puesto que en su aplicación no se requiere hacer valoraciones diagnósticas. El período de valoración de los síntomas abarca toda la vida del niño. En la redacción de la DICA se ha dado importancia a la influencia que puede tener el estadio del desarrollo a la hora de entender y responder a las preguntas de una entrevista.

Por este motivo tiene dos formas paralelas: La DICA-C (para niños de 6 a 12 años) y la DICA-A (para adolescentes de 13 a 17 años). La entrevista tiene una estructura ramificada que permite efectuar saltos de varias preguntas cuando el síntoma no está presente.

La duración de las entrevistas oscila entre 60 y 90 minutos. Los síntomas se evalúan como presentes o ausentes. No existe la posibilidad de evaluar la severidad de los síntomas presentes. Muchas preguntas, además de de la pregunta principal que hace referencia al síntoma tienen una comprobación, que ayuda a verificar la presencia del síntoma.

- Semiestructurada- Interview Schedule for Children (ISC) La ISC (Kovacs, 1978) es una entrevista para niños de 8 a 17 años, centrada en la fenomenología actual de las dificultades del niño.

Fue una entrevista original en dos aspectos, el primero porque fue construida originalmente para niños y no derivada de una entrevista de adultos, y en segundo lugar, porque su finalidad fue el diagnóstico de la depresión infantil.

No obstante, la entrevista cubre también otros diagnósticos. Existen dos formas paralelas. La forma "C", (1978), se administra en el momento de la admisión del paciente. La versión de seguimiento, (1984) se emplea para reevaluaciones.

Las áreas temáticas cubiertas son:

1. Síntomas de psicopatología mayor.

2. Estado mental.

3. Conducta sexual y citas (acontecimientos importantes de desarrollo).

4. Observaciones conductuales.

5. Impresiones del clínico. La evaluación comienza con una entrevista no estructurada sobre la visión general del problema del niño o adolescente, historia y duración, para continuar con las preguntas sobre síntomas.

En primer lugar se entrevista al padre o a la madre, y a continuación, el mismo clínico, entrevista al niño o adolescente. Los ítems del ISC están formados por preguntas que formula el clínico de forma semiestructurada; muchas de ellas se solapan

intencionadamente con la finalidad de verificar si entrevistador y entrevistado están refiriéndose a lo mismo.

El clínico tiene bastante libertad para cubrir el contenido de la entrevista en el orden más adecuado. Las decisiones diagnósticas siempre están basadas en la valoración global que realiza el clínico de cada síntoma. Los ítems de estado mental reflejan el funcionamiento actual; y las observaciones conductuales del clínico se limitan se limitan al momento de la entrevista.

El propósito de la ISC es evaluar la sintomatología actual del niño o adolescente y cuantificar la intensidad de los síntomas cuando sea posible. La severidad de los síntomas tampoco se registra de manera uniforme, pero siempre a mayor puntuación corresponde mayor patología. (SCHOWALTER, 2012)

Diagnóstico clínico y aplicación de test de Goldberg.

La evaluación frecuentemente requiere entrevistas separadas y/o conjuntas con el paciente y sus padres o cuidadores, normalmente se requieren contactos con maestros, médicos de atención primaria y a veces con profesionales de los servicios sociales.

Se debe indagar sobre diagnósticos psiquiátricos comórbidos, problemas psicosociales y académicos, sucesos negativos de la vida temprana y reciente, historia familiar psiquiátrica, apoyo social, historial médico farmacológico y uso de sustancias. Se realiza un examen del estado mental apropiado al desarrollo. El examen físico y los análisis de laboratorio también están incluidos en la evaluación. También debería ser realizada una valoración del funcionamiento global.

Es importante evaluar otros grupos de síntomas, tales como estacionalidad, síntomas atípicos, psicóticos o hipomanía que caracterizan los diferentes subtipos de la depresión, porque estos subtipos tienen estrategias de tratamiento diferentes. Durante la evaluación, es imperativo para el clínico estar alerta a los factores étnicos y culturales que pueden influenciar en la presentación, descripción o interpretación de síntomas y el enfoque del tratamiento. (Asociación Española de Pediatria, 2014)

Por ejemplo, los niños de algunas culturas, son alentados a callarse y evitar tener contacto visual directo cuando están en presencia de figuras de autoridad. Estos comportamientos,

fácilmente pueden ser interpretados como indicadores de depresión, ansiedad u otros trastornos psiquiátricos. Los niños y adolescentes deprimidos frecuentemente están irritables y no cooperan teniendo dificultad en expresar sus sentimientos.

Por ejemplo, un niño puede negar que se sienta triste y el único efecto observable puede ser la irritabilidad, los exabruptos de temperamento, el aburrimiento o los problemas de comportamiento en casa o en la escuela.

Los padres y los maestros pueden notar que un niño o un adolescente deprimido se ha vuelto introvertido, ansioso o de humor variable. Los jóvenes deprimidos frecuentemente interactúan menos con otros, desarrollan problemas de comportamiento, tienen un mal rendimiento escolar y se retiran de sus actividades favoritas, tales como deportes, actividades sociales y/o extraescolares. (FAROS, 2011)

Se puede utilizar un gráfico donde se registra por parte del paciente los cambios de humor que presenta.

El gráfico puede ayudar al niño a visualizar el curso de su enfermedad e identificar eventos que pueden haber disparado la depresión. Varias escalas como el inventario de depresión de Beck entre otras, pueden ser utilizadas para buscar o examinar síntomas, evaluar la severidad de los síntomas depresivos y monitorizar la mejora clínica.

Mientras que las escalas evaluatorias pueden mostrar una mejora clínica al final de un tratamiento, el funcionamiento del paciente puede ser todavia pobre. Por ello, el funcionamiento puede ser seguido utilizando escalas tales como la escala de evaluación global de los niños o la evaluación global del funcionamiento. (Asociación Española de Pediatria, 2014)

El cuestionaro de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Asséssment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizad" po, *édi.o, no psiquiatras como instrumento de cribaje.

La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993). consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta

dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa.

Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización. (Viniegras, 2013)

INTERPRETACION: Cada una de las subescalas se estructuran en 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 items que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (dos o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son > 4 para la escala de ansiedad, y >2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatólogico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado.

La elevación de los puntos de corte a > 5 y > 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %).

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar "probables casos", no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico.

El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos ítems, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica.

Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conducta de negación) pueden producir falsos negativos.

Por lo tanto la interpretación de clínica por parte del especialista debe ser lo más posicionada posible en torno a la sintomatología del paciente.

TRATAMIENTO

Terapia farmacológica

En general, cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios. Hace varias décadas se utilizaban los IMAOS (inhibidores de la mono amino oxidasa) y antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor y el litio.

Sin embargo, tras comprobar que los antidepresivos tricíclicos podían precipitar una manía, se han iniciado nuevas investigaciones volviendo a recuperar tratamientos en desuso como la deprivación de sueño y el tratamiento con luz de elevada intensidad.

En casos de manía se suelen utilizar fármacos anti psicóticos (fenotiazinas) como coadyuvantes al tratamiento con litio como fármaco estabilizador del estado de ánimo en trastornos bipolares o anti convulsionantes (carbamazepina, clonazepam y valproato) si la sintomatología es alarmante. (GARCIA, 2012)

El tratamiento tradicional de los trastornos de ansiedad comprende intervenciones psicosociales, como la psicoterapia individual combinada con terapia familiar y orientación a los padres, además del tratamiento farmacológico. En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS). El tratamiento varía según el trastorno de ansiedad presente y la comorbilidad.

En el TAG (trastorno de ansiedad generalizada) , por ejemplo, puede ser tan corto como de 6 a 12 meses, a diferencia del TOC (trastorno obsesivo compulsivo) donde el tratamiento es por un tiempo indefinido. (CÁRDENAS, 2013)

Bases farmacológicas

Existe evidencia para considerar a los ISRS como los fármacos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Estudios aleatorizados recientes, placebo controlados han establecido que la farmacoterapia con este tipo de antidepresivos es efectiva a corto plazo.

La FDA (Food and Drug Administration) en 2004 ordenó utilizar un black box warning para indicar a los médicos tener cuidado con el uso de los antidepresivos, porque se reportó que podría incrementar la suicidalidad (ideas de muerte o ideas suicidas). Sin embargo, esta advertencia estuvo basada en estudios con adolescentes que primariamente tenían un trastorno depresivo y no en estudios en chicos con ansiedad.

Debe mencionarse que ningún niño o adolescente participante en estudios controlados se ha suicidado tomando los ISRS.

Los ISRS son generalmente bien tolerados, ocasionan efectos secundarios leves de tipo gastrointestinal (gastritis), cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio. Son menos comunes los efectos de desinhibición, aunque estos deben ser monitorizados en las citas siguientes a su inicio, se debe tener especial cuidado con hijos de padres con antecedentes de trastorno bipolar.

El ISRS se inicia con (equivalente fluoxetina) 10 mgs/dìa los dos primeros días y se incrementa a 20 mgs/día, debe considerarse un incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento. Cuando se ha alcanzado una notable reducción de los síntomas (> 50%) se recomienda mantener el tratamiento durante un año a partir de ese momento y reiniciarse si se suspende y ocurre una recaída de los síntomas.

No existe evidencia empírica de que un ISRS en particular sea más efectivo que otro en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. La elección está basada en el perfil de efectos secundarios, en la duración de acción o en la historia de buena respuesta a un ISRS en particular de algún familiar de primer grado (CÁRDENAS, 2013).

El uso de clonazepam aun se encuentra en estudio para su administración en menores de 16 años por sus efectos contrarios; suele manejarse con una dosis inicial es de 0,25 mg dos veces al día (0,50 mg/día). Al cabo de 3 días puede aumentarse la dosis a 0,5 mg dos veces al día (1 mg/día). Los aumentos de la dosis siguientes pueden realizarse a intervalos de 3 días hasta que el trastorno de angustia esté controlado o hasta que los efectos secundarios lo permitan.

La dosis de mantenimiento habitual es de 1 mg dos veces al día y en casos excepcionales puede prescribirse una dosis máxima de 2 mg dos veces al día (4 mg/día). Una vez alcanzada la dosis de mantenimiento se puede cambiar a una dosis diaria en una toma, habitualmente al acostarse.

Se recomienda tratamiento de mantenimiento durante 12 a 24 meses y en ciertos casos indefinidamente. Después de un año de tratamiento puede intentarse una suspensión gradual pero si se produce una recaída debe comenzarse de nuevo la medicación. La reducción de la dosis debe ser de 0,25 mg cada 3 días.

El alprazolam, aunque no se recomienda en grupos menores de 18 años a dado resultados, por ejemplo, pueden utilizarse a dosis de 0,25 a 0,50 mg tres veces al día, aumentando, si es necesario, en intervalos de 3 a 4 días hasta un máximo de 4 mg al día para mitigar sobre todo la ansiedad anticipatoria o las crisis de pánico en el Trastorno de Ansiedad, y en los trastornos fóbicos para disminuir la ansiedad cuando un chico inevitablemente debe exponerse a una situación u objeto que le genera temor intenso. (GARCIA, 2012)

Variabilidad de respuesta a los fármacos.

En adolescentes, el tratamiento de elección solían ser los ISRS, pero las últimas investigaciones parecen mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes, asociados a este tipo de psicofármacos.

De hecho, el pasado 8 de noviembre de 2.008, la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios remitió una nota a los profesionales sanitarios, en la que desaconsejaba la utilización de los ISRS en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, tras examinar varios estudios que vinculaban estos fármacos con el aumento de comportamientos suicidas en la citada población.

Según un estudio de la Universidad de Maryland en Estados Unidos, el número de niños que toma psicofármacos por problemas de comportamiento y emocionales ha aumentado en más del doble en una década.

El problema es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos medicamentos en una población tan joven. La otra cara de la moneda, la aportan las cifras que presenta Roger Vilar y que concluyen que de cada 10 depresivos, menos de 2 recibe tratamiento (los

jóvenes no tratados pueden tener un episodio de Depresión Mayor cada seis meses aproximadamente) (CÁRDENAS, 2013)

Efectos Secundarios.

En cuanto a los efectos secundarios, cita las náuseas en el caso de venlafaxina, fluoxetina y otros ISRS y el deseo sexual inhibido en el caso de ISRS, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos e Inhibidores de la monoamino oxidasa.

Recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos como tratamiento de segunda elección en el caso de depresiones secundarias a problemas médicos y recuerda es fundamental individualizar, observar respuestas y sobre todo, establecer patrones familiares de respuesta a medicación en el caso de que existan antecedentes familiares demostrados. (GARCIA, 2012)

Tratamiento psicoterapéutico

La depresión, implica una serie de factores biopsicosociales complejos, aunque en la mayoría de los cuadros depresivos la relevancia de los factores biológicos, obliga a un tratamiento psicofarmacológico pautado.

El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie e características específicas como son: Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta.

Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto) Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita.

Precisamente, estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un tratamiento grupal (unidades de tratamiento de trastornos de la alimentación, por ejemplo.) (GARCIA, 2012)

Terapia cognitiva

Desarrollada por Aaron Beck en 1.979, propone pautas específicas para el tratamiento de la depresión. Se basa en la idea de que la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas.

La terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente. Como estrategia, se manejan tres componentes: Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento) Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales) Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos). (GARCIA, 2012)

Terapia conductual

La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo. Las fases incluyen: Análisis funcional de la conducta. Selección de conductas específicas. Registros. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento en asertividad. Control de la conducta estado de ánimo. Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales (GARCIA, 2012)

Terapia interpersonal

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son: Técnicas exploratorias directas e indirectas. Facilitación del afecto. Análisis de clarificación. Uso de la relación terapéutica. (GARCIA, 2012)

Terapia introspectiva

La palabra introspección proviene del latín “introspicere” que significa “mirar en el interior”. En términos generales la introspección es el repaso que la persona hace del contenido de la memoria: recuerdos o experiencias en términos sensoriales, imaginativos o afectivos de conductas y situaciones.

Los cuales son compartidos con el profesional de salud en función de identificar si alguna de estas situaciones pudo desembocar en una alteración conductual.

Aplicación de principios psicoterapéuticos

Psicoanálisis: Las principales técnicas propuestas por autores especializados son: Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración, Psicoterapia breve de provocación de ansiedad, Psicoterapia dinámica de tiempo limitado, Terapia expresiva y de apoyo. (GARCIA, 2012)

La aplicación de dichas terapias deben ser encaminadas a la mejoría bio9logica y social del paciente, en tanto que de existir comorbilidades se debe buscar sinergismo entre los fármacos a instaurar en el tratamiento. La evaluación para aplicar dichos principios debe ser encaminada en torno al riesgo de empeoramiento del paciente y en relación a la gravedad de los síntomas.

METODOLOGÍA:

El presente estudio es descriptivo ya que está dirigido a determinar la caracterización de las variables estudiadas, retrospectivo por que se plantea identificar el número de casos ocurridos en el pasado hasta el presente, y transversal por que la medición se efectuará con la intención de medir el número existente de casos, independientemente cuando éstos se hayan iniciado.

LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

- **Localización:** Centro de Atención integral de adolescentes infractores de Loja.
- **Temporización:** Julio a diciembre de 2016

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio es retrospectivo, descriptivo y transversal.

UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** Adolescentes privados de la libertad del Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja durante el período Junio-Diciembre de 2016.
- **Muestra:** 60 personas privadas de la libertad del Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de inclusión:** Personas privadas de la libertad hasta los 15 años de edad.
- **Criterios de exclusión:** personas privadas de la libertad mayores de 15 años de edad.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como elemento principal para tener las pautas adecuadas previos a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y en el momento de aplicar los mismos realizamos la Historia Clínica Psiquiátrica, con el fin de conocer las alteraciones psiquiátricas en la población estudiada.

Para la recolección de datos se utilizó el Test de Goldberg, un instrumento el cual además de aportar datos fáciles de cuantificar es un método auto aplicable, y de fácil interpretación para el entrevistado.

Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado.

El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondria

El Test de Ansiedad y Depresion de Goldberg**, s**e trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 items que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6.

A nivel general se aprecian las siguientes características:

La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.

Todos los ítems tienen la misma puntuación.

Siguen un orden de gravedad creciente.

Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

A continuación se ejemplifica su aplicación:

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).

- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

MÉTODO

Se utilizó el método científico y realizando la aplicación de los instrumentos antes mencionados los cuales pueden revelar la relación entre los trastornos de conducta con trastornos de ansiedad y depresión.

También se utilizó como fuentes artículos científicos en internet, artículos de revistas con aval científico, libros con aval científico, artículos científicos.

El universo que se tomó en cuenta para desarrollar el presente trabajo investigativo fueron todos los adolescentes privados de la libertad del Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja durante el período Junio-Diciembre de 2016, la muestra seleccionada fueron 60 personas privadas de la libertad del Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja.

Para tener las pautas adecuadas previos a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y en el momento de aplicar los mismos se realizó la Historia Clínica Psiquiátrica, con el fin de conocer las alteraciones psiquiátricas en la población estudiada.

Para la recolección de datos se utilizó el Test de Goldberg, un instrumento el cual además de aportar datos fáciles de cuantificar es un método auto aplicable, y de fácil interpretación para el entrevistado.

Para el desarrollo esta investigación se procedió a pedir el permiso respectivo mediante una solicitud, a las autoridades del Centro de Atención Integral de menores infractores de Loja, así como también el consentimiento informado a cada una de las personas a quienes se les aplico los test el cual está representado en físico), guardando absoluta reserva de sus identidades y confidencialidad de los datos obtenidos.

Para analizar la información obtenida se utilizó medios manuales, mecánicos y el programa para obtención de sumatorias y medias de los datos para realizar las tabulaciones para su posterior presentación en tablas y gráficos.

Los resultados fueron representados en gráficos estadísticos y presentados en las tablas. Para la presentación de los datos se utilizó la estadística descriptiva y se realizó los análisis de cada uno de los ítems en los test aplicados para establecer las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

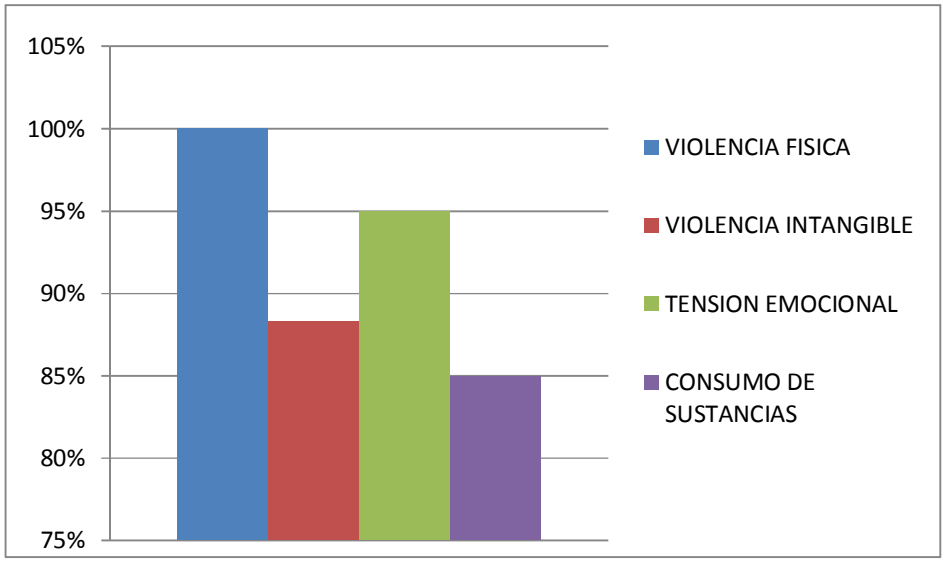
TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES.

TABLA No.1

VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA INTANGIBLE	TENSIÓN EMOCIONAL	CONSUMO DE SUSTANCIAS	TOTAL
60	53	57	51	
100%	88.3%	95%	85%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO No.1



Interpretación: La violencia física se presentó en la totalidad de la muestra, seguida por la tensión emocional y violencia intangible, el consumo de sustancias también es representativo en un importante porcentaje.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

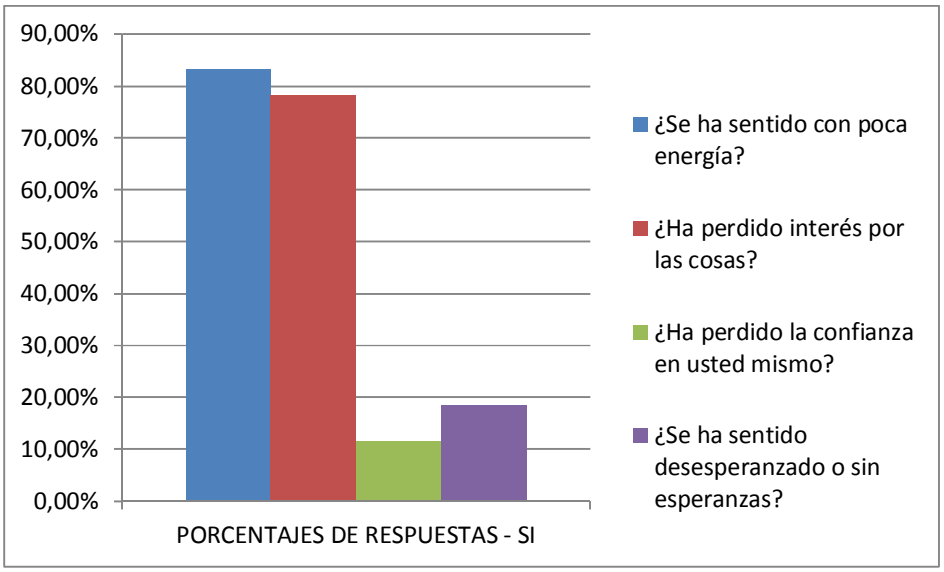
(subescala de despistaje)

TABLA No.2

SUBESCALA DE DEPRESIÓN				
VALORACIÓN	**SI**		**NO**	
Despistaje				
¿Se ha sentido con poca energía?	50	83.3%	10	16.6%
¿Ha perdido interés por las cosas?	47	78.3%	13	21.6%
¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	7	11.6%	43	88.3%
¿Se ha sentido desesperanzado o sin esperanzas?	11	18.3%	49	81.6%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela

GRÁFICO No.2



Interpretación: La disminución de la energía y falta de interés por las cosas revelan mayoritariamente la existencia de depresión.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

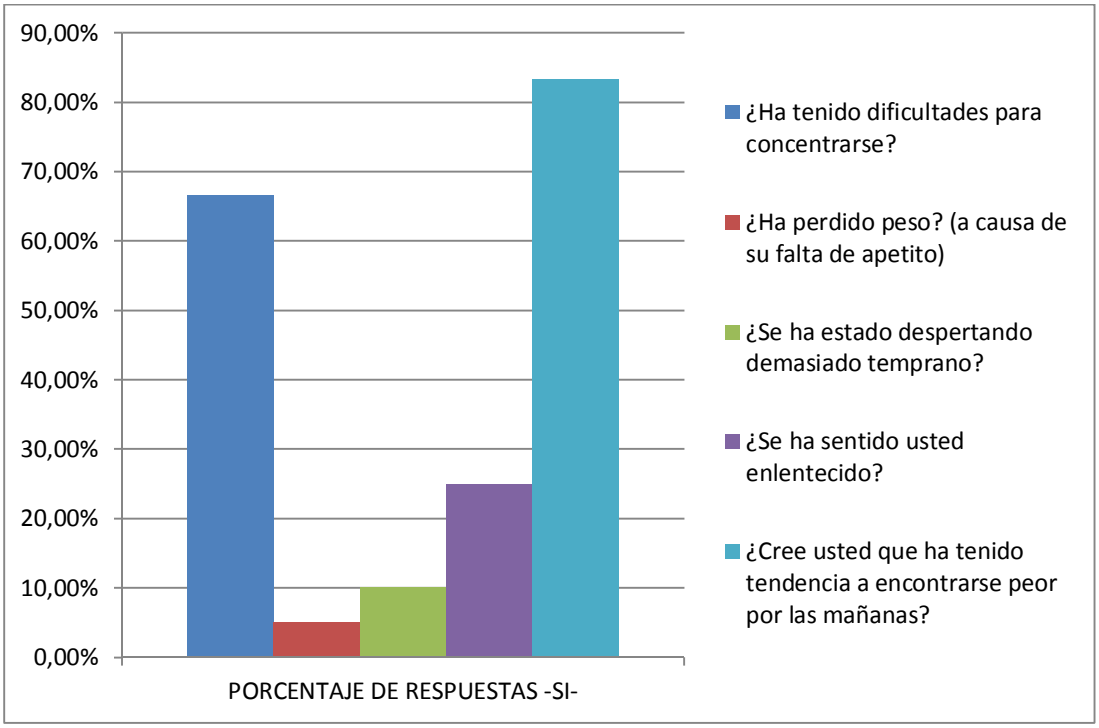
(subescala de confirmación)

TABLA No.3

SUBESCALA DE DEPRESIÓN				
VALORACIÓN	**SI**		**NO**	
Confirmación				
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	40	66.6%	20	33.3%
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	3	5%	57	95%
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	6	10%	54	90%
¿Se ha sentido usted enlentecido?	15	25%	45	75%
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	50	83.3%	10	16.6%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela.

GRAFICO No.3



Interpretación: La dificultad para poder concentrarse en las actividades y la tendencia a encontrarse peor por las mañanas confirman la existencia de un trastorno depresivo.

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

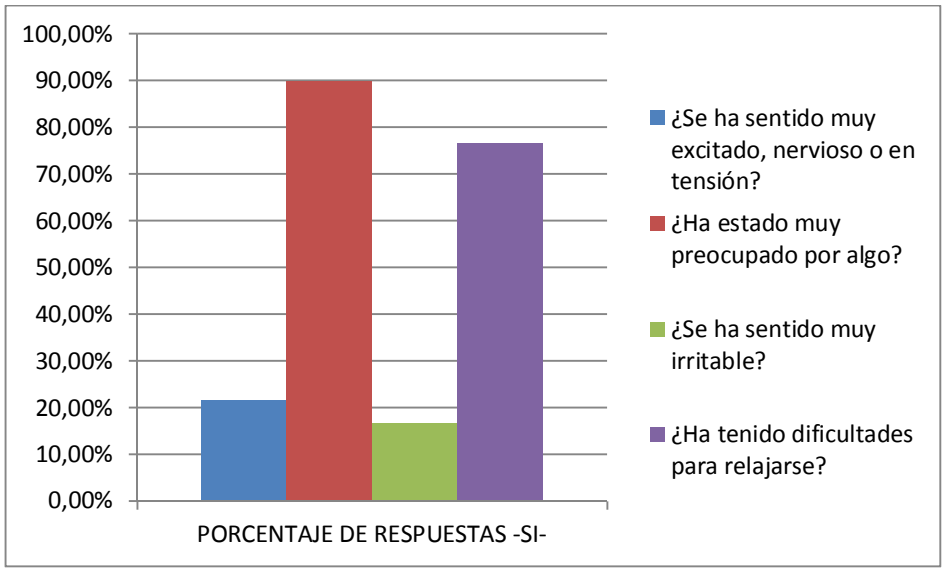
(subescala de despistaje)

TABLA No.4

SUBESCALA DE ANSIEDAD				
Valoración	**SI**		**NO**	
Despistaje				
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	13	21.6%	47	78.3%
¿Ha estado muy preocupado por algo?	54	90%	6	10%
¿Se ha sentido muy irritable?	10	16.6%	50	83.3%
¿Ha tenido dificultades para relajarse?	46	76.6%	14	23.3%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO No.4



Interpretación: Demostrar preocupación y dificultad para relajarse fueron los distintivos que permitieron identificar preferencialmente trastorno de ansiedad en el grupo investigado.

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

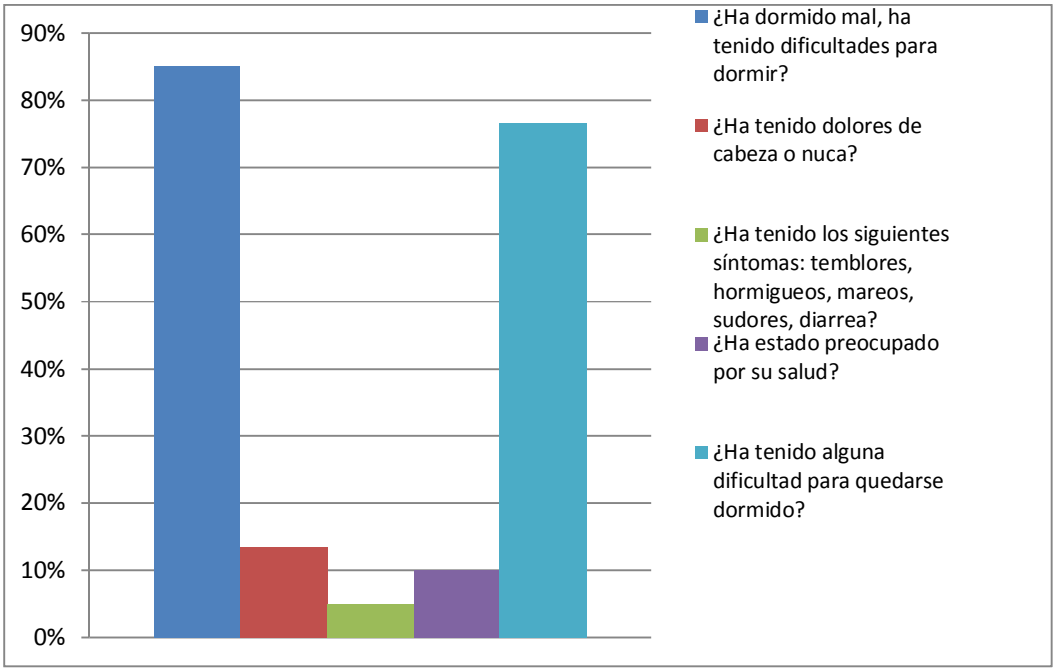
(subescala de confirmación)

TABLA No.5

SUBESCALA DE ANSIEDAD				
Valoración	**SI**		**NO**	
Confirmación				
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	51	85%	9	15%
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	8	13.3%	52	86.6%
¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	3	5%	57	15%
¿Ha estado preocupado por su salud?	6	10%	54	90%
¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	46	76.6%	14	23.3%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela.

GRAFICO No.5



Interpretación: Los valores de la prueba de confirmación fueron positivos para diagnóstico de ansiedad, principalmente con las cifras de los parámetros ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? y ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido? dichos resultados corroboran el diagnóstico de ansiedad.

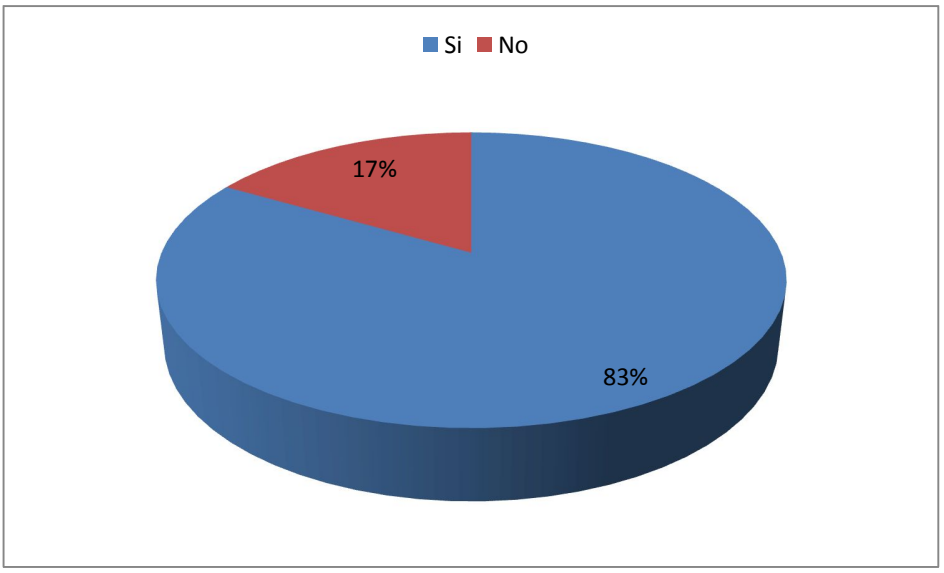
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

TABLA No.6

DEPRESIÓN		
PARÁMETRO	**NUMERO DE PACIENTES**	**PORCENTAJE**
Si	50	83.3%
No	10	16.6%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela

GRAFICO No.6



Interpretación: El 83% de jóvenes en estudio presentó trastorno depresivo.

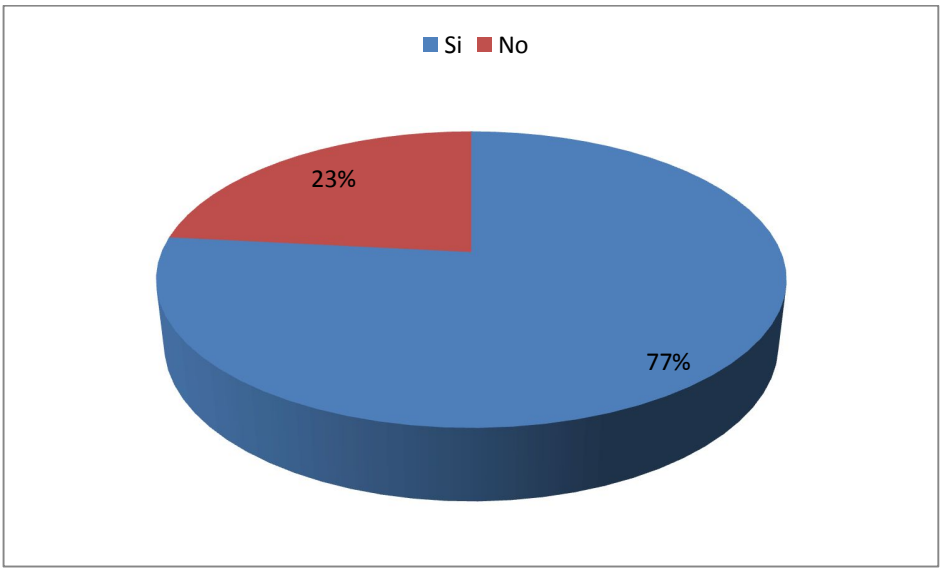
ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

TABLA No.7

ANSIEDAD		
PARAMETRO	**NUMERO DE PACIENTES**	**PORCENTAJE**
Si	46	76.6%
No	14	23.3%

Fuente: Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela.

GRAFICO No.7



Interpretación: De la muestra estudiada el 76.6% demostró ansiedad.

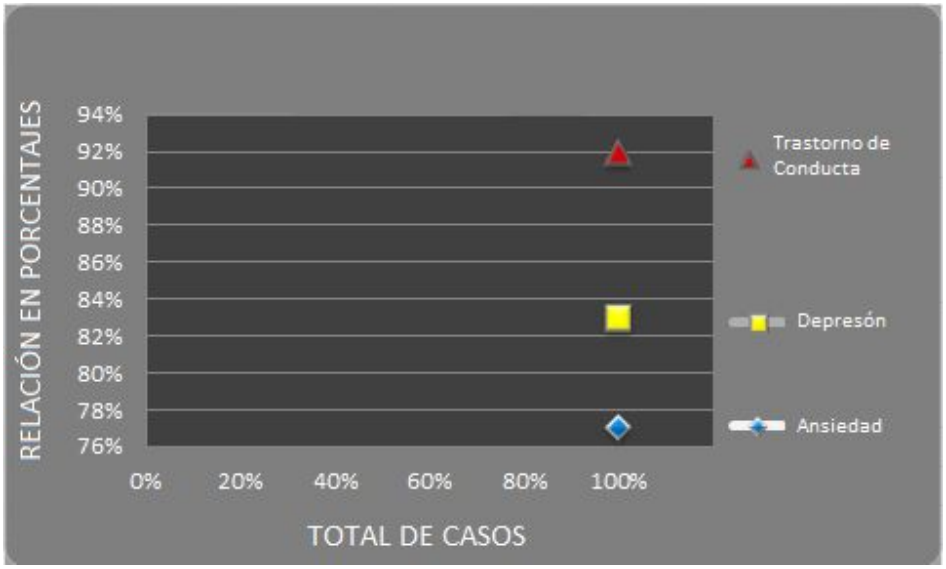
RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTA Y TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

TABLA No.8

RELACIÓN DE TRASTORNOS	VALORACIÓN CUALITATIVA	PORCENTAJE
Trastorno de Conducta	Si	92%
Trastorno de Depresión	Si	83%
Trastorno de Ansiedad	Si	77%

Fuente: Historia Clínica y Resultados del Test de Goldberg.
Elaborado por: Luis Guillermo Samaniego Namicela.

GRAFICO No.8



Interpretación: En la muestra estudiada los Trastornos de Conducta se presentan en altos valores, lo cual es una condicionante para que se encuentren casos de depresión y ansiedad en cifras significativamente altas, demostrando la relación existente entre los trastornos de conducta con depresión y ansiedad.

DISCUSIÓN.

A pesar de que en general la enfermedad mental infantil supone un hecho sorprendente para el adulto, actualmente los trastornos psiquiátricos infantiles se están convirtiendo en un centro de atención por su frecuencia, gravedad, por ser tratables y como posibles entidades precursoras de la enfermedad psiquiátrica adulta. Hasta hace unos años, se creía que los trastornos afectivos no aparecían antes de la mitad o el final de la adolescencia y actualmente se acepta que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos del adulto pueden tener su inicio durante la niñez o la adolescencia. (FAROS, 2011)

Dentro de las características que se presentan en el desarrollo del trastorno de conducta, durante la administración de la historia clínica se pudo identificar violencia física, la cual se presenta en todos los pacientes, pues resulta alarmante como la violencia física que puede cursar con intimidación a sus semejantes, riñas escolares, obligar a mantener relaciones sexuales, provocar incendios; puede ser el foco de inicio para asociarse a otros trastornos entre ellos de depresión y de ansiedad.

Las alteraciones de conducta del adolescente en la mayoría de los casos cursan también con violencia intangible y tensión emocional, por violencia intangible entiéndase la violencia en la cual incurren los adolescentes y niños mediante actos como sustracción de bienes del domicilio o de otros locales, engaños a padres o maestros, escaparse de la casa durante la noche; y por tensión emocional se entiende la alteración en el estado emocional del paciente principalmente por problemas de índole familiar, sentimental y social, los que pueden desembocar en alteraciones conductuales.

A estas dos características, violencia intangible y tensión emocional las encontramos en altos porcentajes con 88,3% y 57%, respectivamente, lo cual nos proporciona un indicio de que estas están relacionadas con la génesis de trastornos de conducta en niños y adolescentes.

El consumo de sustancias también fue encontrado dentro de los rasgos psicopatológicos de los pacientes ya que el 85% de los pacientes estudiados adujeron haber consumido sustancias ilícitas, pues estas sustancias sujetas a control son utilizadas casualmente por

adolescentes las que tras su consumo en muchos de los casos pueden desembocar en trastornos de conducta, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

En concordancia a ello con la aplicación del Test de Goldberg, la subescala de depresión, tanto en su prueba de despistaje como en la prueba de confirmación se demostró la existencia de un trastorno depresivo en 50 casos que corresponden al 83.3% cifra considerablemente alta en torno a la muestra escogida.

Estos resultados no distan de la realidad regional, pues en un estudio denominado "Depresión en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento escolar", elaborado por la revista ENCUENTROS, realizado en el 2014 el cual se realizó en una población que estuvo conformada por 629 estudiantes de grado 10°, pertenecientes a 5 Instituciones Educativas Distritales (IED) de la Organización Administrativa Escolar (OAE) N°6 de la ciudad de Santa Marta, Colombia.

Los datos obtenidos registraron una prevalencia de síntomas depresivos en la mayoría de la muestra, en donde el 86% de los alumnos participantes presentaron síntomas moderados y un 14% síntomas leves. (ENCUENTROS, 2014)

En lo concerniente a ansiedad la cifra de casos positivos diagnosticados con dicho trastorno es alta, pues los resultados de la aplicación del Test de Goldberg, la subescala de ansiedad, en su prueba de despistaje y su prueba de confirmación demuestran que 46 casos son positivos para diagnóstico de ansiedad, correspondientes al 76.6%.

En un estudio llevado a cabo por la International Journal of Psychology and Psychological Therapy (2014), el 33% de los chicos con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad presentaban también un diagnóstico de trastorno depresivo como diagnóstico secundario, mientras que el 36% de niños con diagnóstico principal de depresión reunían también las condiciones para un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Por tanto, se concluye que al enfrentarnos a un trastorno de ansiedad, la probabilidad de que el niño o adolescente tenga también algún trastorno depresivo es alta. Además, Alansari (2005) encontró que la comorbilidad entre ansiedad y depresión se produce en mayor medida entre los adolescentes, de tal forma que entre el 25 y 50% de los jóvenes con depresión muestra sintomatología ansiosa, mientras que entre el 10 y 15% de los jóvenes

con ansiedad presentan sintomatología depresiva, lo que indica la progresión del riesgo de comorbilidad de la infancia a la adolescencia. (MONTEAGUDO, 2014)

Con estos resultados puede a bien establecerse una relación entre los trastornos de conducta con trastornos de ansiedad y depresión pues dichas alteraciones conductuales pueden llevar a desarrollar patrones que evolucionen a trastornos de ansiedad y depresión, independientemente de las características de inicio, de no recibir atención media oportuna las consecuencias pueden ser desde conflictos sociales hasta intentos de suicidio y suicidio.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el presente estudio investigativo, concluyo enunciando que:

1. Los adolescentes privados de la libertad en el centro de atención integral de adolescentes infractores de Loja han sido víctimas y participes de actividades que comprendían actos de violencia física en un 100%, violencia intangible en un 88.3%, tensión emocional en un 95% y consumo de sustancias en un 85%.

2. Las alteraciones conductuales como violencia física, violencia intangible, tensión emocional y consumo de sustancias son una causa determinante que a larga data pueden desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad, pues posterior al análisis de la Historia Clínica Psiquiátrica y los resultados de las pruebas de despistaje y de confirmación del Test de Goldberg, precisó que las presentación de dichas alteraciones conductuales son directamente proporcionales al desarrollo de trastornos depresivos y de ansiedad en adolescentes.

3. Luego del análisis de los resultados del Test de Goldberg se evidencia los pacientes dieron resultados positivos en las pruebas de despistaje y en las pruebas de confirmación de depresión y ansiedad del Test de Goldberg , por lo tanto se corrobora en diagnóstico de trastorno depresivo y de ansiedad en la población estudiada y su relación directa con trastornos de conducta.

RECOMENDACIONES

1. Solicitar que a los adolescentes privados de la libertad en el centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja de manera obligatoria se les realice la Historia Clínica Psiquiatrica en el Ministerio de Salud Pública con el afán de determinar la existencia de patologías psiquiátricas, esto con la finalidad de instaurar la terapéutica oportunamente.

2. Aplicar el Test de Goldberg a adolescentes privados de la libertad en el Centro de Atención Integral de Adolescentes Infractores de Loja a su reciente ingreso, para obtener un diagnóstico oportuno de depresión y/o ansiedad.

3. Programar citas con profesionales de la salud (psiquiatría, psicología) a fin de aplicar el plan terapéutico respectivo para cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 8.

Asociación Española de Pediatria. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Programa de Formacion Continuada en Pediatría*.

BROIDY, L. (2012). COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.

CÁRDENAS, E. (2013). Guia Clinica para la Atencion de Trastornos Mentales. *Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente*, 46.

Comite de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatria. (2012). Trastornos de Conducta en la Adolescencia.

ENCUENTROS. (2014). Depresion en adolesscentes escolarizados con bajo rendimiento escolar. *ENCUENTROS*, 13.

FAROS. (2011). Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? España: Graficas Campás S.A.

GALINDO, S. (2012). FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS LA ASOCIACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON FACTORES ACADÉMICOS Y PSICOSOCIOFAMILIARES DURANTE EL CURSO. *Revista Española de Salud Pública*.

GALLART, M. (2011). *Entrevista diagnóstica con el Adolescente.*

GARCIA, A. (Marzo de 2012). *La depresión en adolescentes.*

LOBO, A. (2013). Deteccion de Morbilidad Psiquica en la Practica Médica. *FAES*.

MARDOMINGO, M. (2011). Trastornos de ansiedad en el adolescente. 10.

MOLINA, M. (2014). Trastorno depresivo en niños y adolescentes. *Familia Schola*, 11.

MONTEAGUDO, M. G. (2014). Relacion entre ansiedad escolar y depresion en adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 24.

OMS. (2013). *Adolescentes y salud mental.*

OMS. (05 de Abril de 2016). *Organizacion mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/

Ospina, F. H. (2012). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Publica*, 13.

PACHECO, B. V. (2012). Trastorno de Ansiedad por separacion. *Revista Chilena de Pediatria*.

Palomo Tomás, J.-A. M. (2009). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA.* Madrid: Marte.

Palomo, T. (2009). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA.* Madrid: Gráficas Marte.

PINCUS, H. (2011). *Manual de Diagnostico Diferencial.* Barcelona: Masson.

SCHOWALTER, D. (2012). The Clinical Guide to Chile Psychiatry. *The Clinical Guide to Chile Psychiatry*.

Viniegras, C. (2013). MANUAL PARA LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESION Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
Valoración	**SI**	**NO**
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
¿Se ha sentido desesperanzado o sin esperanzas?		
SUBTOTAL:		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL:		

> 2: Depresion probable.

SUBESCALA DE ANSIEDAD		
Valoración		
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	**SI**	**NO**
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
SUBTOTAL:		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		

¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
TOTAL:		

> 4: Ansiedad probable.

HISTORIA CLÍNICA

1) ANAMNESIS

- Datos de filiación e identificación del paciente

  - Nombre

  - Edad

  - Sexo

  - Estado civil

  - Lugar de origen y de residencia

  - Estudios realizados

  - Profesión

  - Situación laboral y socioeconómica

  - Religión

  - Previsión. (Importante consignar la fecha de la entrevista).

- Motivo de consulta
- Enfermedad actual
- Antecedentes personales
- Período del desarrollo
  - Historia prenatal y perinatal:
  - Primera infancia
  - Infancia media
  - Infancia Tardía
  - Edad adulta
- Antecedentes mórbidos personales
- Hábitos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes mórbidos familiares

2) EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

I.- Descripción general

- Aspecto:
- Conducta explícita y actividad psicomotora:
- Actitud:

II.- Humor y afectividad

- Humor:
- Afecto:
- Grado de adecuación al afecto:

III.- Características del lenguaje

IV.- Percepción

V.- Contenido del pensamiento y tendencias mentales

- Proceso del pensamiento:
- Contenido del pensamiento:
- Control del pensamiento:

VI.- Sensorio y cognición

- Conciencia: Orientación y memoria: Se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.
- Concentración y atención:
- Lectura y escritura:
- Capacidad visuoespacial:
- Pensamiento abstracto:
- Información e inteligencia:

VII.- Impulsividad

VIII.- Juicio e introspección

IX.- Fiabilidad

3) EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICO

4) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Físicas y psicométricas: Aplicación del Test de Goldberg.

5) IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

6) TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

7) PRONÓSTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

El presente estudio es realizado por Luis Guillermo Samaniego Namicela estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional De Loja.

El propósito del presente estudio es conocer la existencia de trastornos de conducta y su relación con trastornos depresivos y de ansiedad, utilizando datos de la Historia Clínica y del Test de Goldberg.

Este estudio se realiza con la finalidad de asegurar un diagnóstico claro y oportuno ante posibles trastornos para asegurar la calidad en la rehabilitación del paciente.

Los resultados de la Historia Clínica y del Test de Goldberg serán expuestos en dicha investigación, guardando la confidencialidad en torno a la identidad del paciente en lo referente a edad, sexo, nombres y apellidos, lugar de procedencia, raza, religión y demás datos que no resulten relevantes dentro de dicho estudio.

Jueves 24 de Noviembre de 2016.

Dra. Mgs. Amparo Zhapa.

COORDINADORA DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA

Por medio de la presente le expreso mi saludo fraterno y a la vez solicito a su autoridad se digne otorgar el permiso respectivo para aplicar el Test de Goldberg en 60 adolescentes de este Centro de Atención Integral, pues es mi menester para continuar con el desarrollo del proyecto de tesis intitulado "TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACION CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA", para la obtención del título de Médico General.

Seguro de contar con su colaboración le anticipo mi más sincero agradecimiento y mis deseos de éxitos en su gestión.

Luis Guillermo Samaniego Namicela

CI: 1104067671

RECIBIDO
EN LA UNIDAD DE MENORES
EL 24 DE
FIRMA

Loja. Viernes 24 de Febrero de 2017.

Lcdo. Jonathan Arias.
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN IDIOMA INGLÉS.

Ciudad._

En mi calidad de Licenciado en Ciencias de la Educación con mención en Idioma Inglés, acepto haber colaborado en la traducción del resumen del proyecto de tesis denominado: "TRASTORNOS DE CONDUCTA Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA", del Sr. Luis Guillermo Samaniego Namicela.

Otorgo el presente oficio al beneficiario para que se utilice en los fines pertinentes.

Lcdo. Jonathan Arias.
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN IDIOMA INGLÉS.