



### RESUMEN

El quehacer del psicólogo en la actualidad, debe romper los paradigmas tradicionales de su rol. La necesidad de obtener resultados a corto plazo y de forma integral, requiere del psicólogo una formación amplia, que conozca los aportes de las diferentes corrientes y campos de acción, a fin de enriquecer su labor.

Lo anterior redundaría en una mejora en la calidad de la atención, facilita y promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, favorece una amable y productiva relación con el paciente, mejora la aceptación de su diagnóstico y, por ende, el cumplimiento del tratamiento por seguir.

En el caso del manejo de los trastornos del afecto en adolescentes, el trabajo multidimensional y holístico redonda en un aporte efectivo para recobrar su bienestar y mejorar su calidad de vida.

La mayoría de la personas creen que todos los psicólogos, en forma caricaturesca, balbuceamos: " ajahhhh... y a usted que le parece ? ... que sólo nos dedicamos a tratar gente loca, que estamos sentados en la cabecera de un diván donde las personas nos comentan su infancia y que no decimos casi nada.

Aunque nuestra formación tiene de todo lo anterior un poco, en lo personal prescindo del diván y no soy partidario de terapias de larga duración, porque creo que las personas que necesitan de nuestros servicios profesionales viven un conflicto que les genera gran sufrimiento, y les consumen una parte importante de su energía, la cual podrían depositar en otra actividad.

También es importante resaltar que al trabajar con adolescentes, el abordaje y la manera de dirigirlos hacia ellos es diferente que con niños y adultos. La adolescencia no es más que una etapa de la vida que se debe vivir como cualquier otra, que está muy llena de mitos y distorsiones, pero la única verdad es que la mayoría de los problemas que enfrenta esta población son situaciones ajenas a ellos, como por ejemplo la violencia en las

familias y los medios de comunicación, las drogas, la publicidad, la explotación sexual comercial, falta de trabajo, etc.

Hoy vivimos en una sociedad del éxito, en que todo debe ser rápido y en que las exigencias son tales que ni siquiera hay tiempo para enfermarse, deprimirse o tener una crisis prolongada. El timing de los conflictos se ha acelerado junto con el timing social.

Por tal razón he de tomar del psicoanálisis su base teórica, de análisis experimental de la conducta, sus métodos cuantitativos, del enfoque cognitivo una manera de abordaje, y no dudo en recurrir a cualquier enfoque, rama o tipo de terapia que me ayude a enriquecer y a ayudar a cualquier sujeto que necesite de mis servicios.



Creo que no debemos matricularnos en ninguna teoría de manera rígida y unidireccional, y también creo firmemente que el sentido común y práctico no puede separarse del quehacer psicológico. Por ende, nos hemos de nutrir cada día con la experiencia y con la ciencia.

En nuestra práctica profesional desde un centro médico, hemos tenido que enfrentar los trastornos mentales desde un modelo biomédico que no ha podido, de una u otra forma, superar la división del paciente en mente y cuerpo.

La prevalencia de trastornos mentales en la población en general es importante, los trastornos del afecto, tan frecuentes y discapacitantes como la depresión, entre otros, no se diagnostican o no se denominan en forma técnica y apropiada. Ni que se diga cuando se trata de la población adolescente, muy vulnerable para estas patologías, cuando hoy sabemos que es el segundo diagnóstico más frecuente entre este grupo etáreo, y que el suicidio se ubica dentro de las primeras cinco causas de muerte entre esta población.

Somos fieles creyentes que para cualquier presentación clínica de los trastornos del afecto, se da por una interacción

de factores constitucionales y ambientales, es decir, se hereda alguna predisposición o vulnerabilidad que se conjuga con factores del entorno físico, psicológico, social y espiritual.

Es evidente que la falta de formación en el abordaje y manejo de los síntomas emocionales por parte de los profesionales en psicología, constituye un obstáculo por vencer. De esta manera es incuestionable que la aproximación diagnóstica multiaxial y el manejo integral de la problemática, tiene mayores ventajas que un modelo reduccionista biomédico, y de manejo único y lineal.

Lo anterior redundaría en una mejora en la calidad de la atención, facilita y promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, favorece una amable y productiva relación con el paciente, mejora la aceptación de su diagnóstico y, por ende, el cumplimiento del tratamiento por seguir.

En cuanto a lo último, he de decir que un enfoque multidimensional es lo más adecuado para manejar los trastornos del afecto, donde el consultante, en este caso los jóvenes, recupere su bienestar y acceda a una mejor calidad de vida.

Desde esta perspectiva, el psicólogo es un facilitador, da insumos e instrumentos para superar su estado de crisis o confusión, es orientador, dando recursos para recuperar la estabilidad emocional, para reorganizarse y rescatarse de la situación que le genera insatisfacción.

Sin embargo, no lo podemos hacer solos, necesitamos del conocimiento de otras disciplinas y ramas de la ciencia tradicional, y de los enfoques no tradicionales. Es requisito trabajar en equipo y con respeto por las demás profesiones, en beneficio por supuesto, del joven paciente.

Tradicionalmente se han manejado a los adolescentes, con depresiones y demás, desde un enfoque meramente farmacológico, o meramente psicológico, en resumen desde el ámbito de la psiquiatría o la psicología. Hoy sabemos que la combinación de ambos en un mismo paciente es sinónimo de éxito en un corto tiempo.

Pero debemos de ir más allá de ambas tradiciones, debemos explorar y aplicar a nuestros jóvenes pacientes el ambiente familiar, educativo, recreativo y espiritual, un trabajo combinado de psicoterapia de enfoque holístico, con distintas técnicas y terapias complementarias. Esto dará al traste en un camino del autoconocimiento y descubrimiento personal, accediendo así a una mejor calidad de vida.

Como seres humanos nuestra vida se compone de muchas áreas, muchas actividades y formas de interacción, por tanto, de compromisos de muchas gentes. Nuestra labor consiste en hacer una extensa historia de vida del adolescente, donde se abarquen todos los hitos del desarrollo y sus formas de resolución, tanto del menor como del apoyo familiar para que estos se lleven a buen puerto.

Sin duda, también la historia de los diferentes padecimientos del menor, su frecuencia e intensidad, y grado de incapacidad que presentan al momento de la consulta.

Se valora inmediatamente realizar diferentes referencias a otros profesionales tales como el psiquiatra, pediatra, médico

de familia, terapeuta de familia, arte terapia y trabajador social, o incluso la intervención de otras instituciones según lo amerite el caso.

De nuestra parte, luego de tener clara la historia de vida y los acontecimientos relevantes para el joven, se interviene ya en la dinámica del cambio de vínculos y formas de ver el mundo circundante. Esto significa que el adolescente reinterprete sus formas de relación con todo lo que lo rodea, y dé un giro a su vida. Se lee fácil, pero implica un trabajo terapéutico consistente, seguido en el tiempo, perseverante y de varios meses, así como del apoyo familiar y extrafamiliar.

Caso aparte se presenta cuando tenemos de frente adolescentes suicidas, que puede presentarse como consecuencia severa por algún trastorno del afecto; así tenemos que, según el **Décimo informe sobre el estado de la nación en desarrollo humano sostenible** (2004), de 15 a 17 años, se presenta una tasa de suicidios de 6,4 por 100 mil habitantes, y de 18 a 19 años, una tasa de 7,8 suicidios por 100 mil habitantes.

El suicidio es un problema de salud pública internacional, casi un millón de muertes al año (815.000 personas en el año 2000); va en aumento exponencial la muerte por suicidio e intentos suicidas en la población adolescente y adulta joven a nivel mundial, según la OMS, y es la segunda o tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años en la mayoría de los países (Bella, Fernández y Willington, 2010).

Los mismos autores indican, además, que los principales factores de riesgo para completar suicidio o conductas suicidas en adolescentes son:

1. Intentos previos (30 veces mayor en varones y 3 veces mayor en mujeres)
2. Diagnóstico de un trastorno depresivo (11 a 17 veces es mayor el riesgo si presenta un trastorno del afecto como depresión mayor o distimia)
3. Trastornos afectivos es más común en mujeres; 90% tienen antecedentes de enfermedad psiquiátrica previa (60% en menores)
4. Depresión (49-64%)
5. Trastornos de conducta

## Factores de riesgo

Cognitivos personales: a) Desesperanza; b) Poca capacidad para resolver problemas interpersonales; c) Estrés vital; d) Dificultades sociales y e) Conducta agresiva-impulsiva.

Biológicos: a) Anormalidades en la función serotoninérgica en individuos suicidas así como impulsivos-agresivos independientemente del trastorno psiquiátrico de fondo y b) Disminución en la densidad total de receptores y transportadores de serotonina 1A en la corteza prefrontal y el núcleo rafe dorsal.

Características familiares: a) Historia familiar de conducta suicida; b) El riesgo de cometer suicidio es el doble en los familiares de primer grado de quienes se han suicidado y c) Estudio danés encuentra que el suicidio es 5 veces más frecuente en hijos de madres que se suicidaron y 2 veces más frecuente cuando fue el padre.

## Factores protectores

Religiosidad: Disminuye tasas de suicidio, ideación suicida y depresión.

Cohesión familiar: Unión, apoyo, comunicación 3.5-5.5 veces menos riesgo en jóvenes deprimidos.

Valoración

1. Valorar el grado de riesgo suicida agudo.
2. Desarrollar los siguientes pasos para garantizar la seguridad del paciente.
3. Valoración psiquiátrica y psicológica general.
4. Desarrollar un plan de tratamiento y si fuese necesario valorar internamiento.
5. Asegurar seguimiento posterior y adherencia al tratamiento.

## Rol del terapeuta

Detectar pacientes en riesgo: la mayoría busca tratamiento médico general en el mes previo al acto suicida.

Reconocer los síntomas depresivos y suicidas en los jóvenes y realizar intervención inmediata.

## Signos de alerta

- a. Evidencias de auto agresión.
- b. Evidencia de abuso físico o sexual.
- c. Alimentación desordenada.

## Tratamiento

Existen parámetros de Práctica para el abordaje de estos pacientes, descritos por la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, publicados en el 2001, basados en consejos de expertos y sentido común: a) Disminuir la posibilidad de suicidio; b) Contratos de no autoagresión; c) Manejo en hospitalización y abordaje multidisciplinario y d) Seguimiento e intervención ambulatoria.

Con todo lo anterior es vital siempre nuestra intervención desde varias esferas, dentro del sistema hospitalario donde estamos inmersos, damos un abordaje social y familiar, personal y médico (farmacológico) y se está innovando con arte terapia para enriquecer el tratamiento integral.

## Bibliografía

Bella, M.E.; Fernández, R.A. y J.M. Willington (2010). "Depression and the Conduct Disorder are the Most Frequent Pathologies in Child and Adolescent Suicide Attempt". **Archivos Argentinos de Pediatría**, 108 (2):124-9.

Programa Estudio de la Nación (Costa Rica) (2004). **Décimo informe del estado de la nación en desarrollo humano sostenible**. (1ª Ed.). San José, Costa Rica.