

**Protocolo de actuación médica para adolescentes con trastornos depresivos y alteraciones cognitivas (Original)****Protocol of medical action for adolescents with depressive disorders and cognitive alterations (Original)**

Daysuki Mayra Villavicencio Escalona. Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Psiquiatría Infantil. Instructor. Policlínico Docente Comandante “Pedro Sotto Alba”. Bayamo.

Granma, Cuba. [daysukivillavicencio2@gmail.com](mailto:daysukivillavicencio2@gmail.com) 

Juan Alfonso Sosa Cedeño. Licenciado en Psicología. Máster en Psicología del Deporte.

Instructor. Policlínico Docente Comandante “Pedro Sotto Alba”. Bayamo. Granma, Cuba.

[alfonsososa590@gmail.com](mailto:alfonsososa590@gmail.com) 

Ismaela del Carmen Mogena Cedeño. Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Docente Comandante “Pedro Sotto Alba”.

Bayamo. Granma, Cuba. [imogenacedeno@gmail.com](mailto:imogenacedeno@gmail.com) 

Recibido: 15-09-2023/Aceptado: 04-12-2023

**Resumen**

Con el objetivo de diseñar una guía de prácticas clínicas para el manejo de la depresión en adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Pediátrico provincial “Octavio de la Concepción de la Pedraja”, se realizó un estudio descriptivo y de desarrollo cuya población quedó constituido por 39 adolescentes de ambos sexos y la muestra seleccionada de forma intencional se conformó por 15 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se determinaron variables biomédicas y sociodemográficas, se utilizaron criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y la Escala de Depresión de Montgomery-

Âsberg, evaluándose la gravedad del trastorno; posteriormente se aplicaron pruebas neuropsicológicas validadas en Cuba para edades pediátricas, midiéndose parámetros de fluidez verbal fonética y semántica. Se observó prevalencia del sexo femenino entre 15 y 16 años. Con la investigación se obtuvo un producto de gran utilidad que permitió unir criterios médico asistenciales relacionados con la depresión en adolescentes. La metodología seguida influye de forma positiva en el diagnóstico y control de los pacientes deprimidos y prevendrá futuras complicaciones con la repercusión social correspondiente. Con la utilización de una guía de prácticas clínicas, se gana en el aprovechamiento del tiempo laboral y en la utilización de los recursos humanos y materiales; además, ofrece una oportunidad para el desarrollo de estándares de calidad asistencial en la institución hospitalaria.

**Palabras clave:** depresión; terapia; protocolo de actuación médica; adolescencia; pruebas neuropsicológicas

### **Abstract**

With the objective of design a guide of clinical practices for the management of depression in adolescents admitted to the Crisis Intervention Unit of the Provincial Children's Hospital "Octavio de la Concepción de la Pedraja", a descriptive and development study was carried out whose population was made up of 39 adolescents of both sexes and the sample selected intentionally consisted of 15 adolescents who met the inclusion criteria. Biomedical and sociodemographic variables were determined, diagnostic criteria of the International Classification of Diseases and the Montgomery-Âsberg Depression Scale were used, and the severity of the disorder was evaluated; subsequently, neuropsychological tests were applied validated in Cuba for pediatric ages, measuring parameters of phonetic and semantic verbal fluency. Female prevalence was observed between 15 and 16 years. The research resulted in a

very useful product that combined medical care criteria related to adolescents depression. The methodology positively influences the diagnosis and control of depressed patients and will prevent future complications with the corresponding social impact. With the use of a clinical practice guide, it is gained in the use of working time and in the use of human and material resources; it also offers an opportunity for the development of standards of quality of care in the hospital.

**Keywords:** depression; therapy; medical protocol; adolescence, neuropsychological tests

### **Introducción**

"Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración" (Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017, p.7). Su evolución muchas veces va hacia la cronicidad y la resultante disminución de la capacidad de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas de las actividades cotidianas del individuo.

En el mundo se calculan alrededor de 350 millones de personas que sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial, con una superioridad de escala 2:1 del sexo femenino. Se estima que para el año 2030, los trastornos depresivos sean la primera causa de discapacidad (OPS & OMS, 2017).

En la región de las Américas se refleja un índice de prevalencia de seis por ciento en el sexo femenino y cuatro por ciento en el sexo masculino para los trastornos depresivos, encontrándose Brasil, Paraguay y Cuba como los tres países que han registrado mayor número de casos de adolescentes con diagnóstico de trastornos depresivos e intentos suicidas (OPS, 2018). Los hallazgos encontrados en Perú por Osorio et al. (2017) coinciden con los referidos en cuanto

a la morbilidad psiquiátrica con prevalencia en el sexo femenino, conducta suicida y trastorno de personalidad.

La existencia de múltiples clasificaciones tanto internacionales, como regionales y nacionales son de gran utilidad para el diagnóstico clínico; entre las más utilizadas actualmente se encuentra La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OPS, 2008), la que se tomó como referencia para la actual investigación.

En esta clasificación, los trastornos depresivos se presentan de la siguiente forma: Episodio depresivo leve, Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos, Episodio depresivo no especificado; Trastorno depresivo recurrente; Trastorno depresivo persistente; otros trastornos depresivos; Trastorno depresivo sin especificación (OPS, 2008).

El protocolo de actuación para esta investigación es asumido como un documento que establece cómo se debe actuar y los procedimientos frente a un trastorno. Por lo antes expuesto y por no contar con investigaciones relacionadas al respecto, se profundiza en torno a la concepción de un protocolo de actuación médica para la atención a los pacientes adolescentes que ingresan deprimidos y con alteraciones cognitivas en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Pediátrico Provincial “Octavio de la Concepción de la Pedraja”.

Los trastornos depresivos en la adolescencia muestran alteraciones no solo afectivas, sino en las esferas de relaciones interpersonales y en la cognoscitiva, por lo que la investigación psicológica de esta última es de vital importancia tanto para el diagnóstico como en la estrategia terapéutica a trazarse en cada paciente, por lo que la rehabilitación solo será efectiva si se identifica el estado patológico en dependencia de la intensidad del episodio depresivo y es esto lo que se persigue con la actual investigación.

La investigación resulta novedosa por los resultados que se alcanzaron sobre el comportamiento de las alteraciones cognitivas encontradas en pacientes adolescentes con trastornos depresivos, y afectación del rendimiento docente, relaciones familiares y adaptación social, proponiéndose la realización de un protocolo para su generalización a todos los profesionales dedicados a la atención de la salud mental infantil.

El estudio conllevó a la reflexión médica sobre la necesidad de incorporar al algoritmo de diagnóstico y tratamiento al paciente adolescente con trastorno depresivo, instrumentos de evaluación neurocognoscitiva que favorece el tratamiento tanto psicoterapéutico como biológico. Tomando como referencia lo antes expuesto, se plantea como objetivo diseñar una guía de prácticas clínicas para el manejo de la depresión en adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Pediátrico provincial “Octavio de la Concepción de la Pedraja”

### **Materiales y métodos**

Se realizó una investigación descriptiva y de desarrollo en adolescentes de 14 a 18 años de edad ingresados en el Hospital Pediátrico Universitario de Holguín, durante el período de febrero 2022 a marzo 2022, con trastorno depresivo recurrente, según criterios de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OPS, 2008).

Durante su estadía en sala, se coordinó un día en que los padres acompañaron a los pacientes en un horario preestablecido, previo consentimiento informado para su participación en la investigación. Para el estudio se escogió esta institución ya que es la única donde se realizan ingresos hospitalarios en la provincia y, además, es el área de trabajo de la autora principal.

La población quedó constituida por 39 pacientes adolescentes de 14 a 18 años de edad, ingresados en sala de Psiquiatría del Hospital Pediátrico Provincial “Octavio de la Concepción

de la Pedraja” con diferentes trastornos mentales. La muestra escogida de forma intencional quedó conformada por 15 adolescentes entre 14 y 18 años de edad que ingresaron en la institución durante el período referido con los diagnósticos de Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, Trastorno depresivo recurrente y Distimia, según criterios de la CIE-10 (OPS, 2008), a los que se les aplicaron instrumentos psicológicos dirigidos a explorar las funciones cognitivas, los cuales se describen más adelante.

Criterios de inclusión: consentimiento del paciente y tutor legal para participar en la investigación, escolaridad superior al sexto grado terminado y adolescentes a los que se les aplicó instrumentos psicológicos descritos en procedimientos.

Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo secundario a enfermedad médica o consumo de sustancias, pacientes con trastornos auditivos o visuales graves o no tratados y pacientes que hayan sido evaluados recientemente con las pruebas que forman parte del protocolo.

Se utilizaron métodos teóricos: histórico-lógico, para determinar antecedentes históricos, factores de riesgo y protectores en adolescentes con trastornos depresivos; análisis y síntesis, para el procesamiento de la información en la elaboración teórica y empírica, en la revisión documental, así como en las conclusiones parciales y generales; inducción-deducción, para determinar el estado real y actual del problema investigado y sus posibles causas; hermenéutico, para la correcta interpretación de los conceptos, la comprensión del estado real y actual de la guía de investigaciones sobre trastornos depresivos y alteraciones cognitivas en adolescentes en Holguín, Cuba y el mundo; sistémico-estructural-funcional, para la elaboración de los presupuestos teóricos y el abordaje de forma sistémica de la interacción de las distintas esferas

psicológicas afectadas en los trastornos depresivos y de los factores de riesgo y protectores, según modelo ecológico y sus cuatro niveles.

Como métodos empíricos y procedimiento: la revisión de documentos de textos básicos y artículos científicos publicados recientemente sobre el tema de estudio, además de historias clínicas de los pacientes estudiados; previo consentimiento informado escrito de los padres de los adolescentes objeto de estudio.

Para caracterizar las alteraciones cognitivas en adolescentes ingresado por trastornos depresivos en la unidad de intervención en crisis se procedió inicialmente a la realización del diagnóstico, según criterios de la CIE-10 (OPS, 2008) acordes con los acápites F32.1, F32.2, F33 y F34.1. Posterior al diagnóstico, se aplicaron los siguientes instrumentos psicológicos: La "Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg", encaminada a medir la severidad del actual cuadro depresivo. La encuesta aplicada fue validada en Cuba y utilizada anteriormente en investigaciones del servicio de salud mental infantil del Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez (Argumedos et al., 2018).

El mini-examen del estado mental se aplicó luego del establecimiento del diagnóstico y su grado actual de severidad, para determinar la aptitud y colaboración del paciente para realizar las pruebas siguientes (Voltas & Canals, 2018).

Tras medir la aptitud y voluntad de colaboración del paciente, se procedió a evaluar el grado de alteración cognitiva teniéndose en cuenta la fluidez verbal, la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento, con la aplicación de las siguientes pruebas neuropsicológicas: *Verbal Fluency Test* (Test de Fluidez Verbal, o VFT), *Trail Making Test* (Test de Seguimiento de Patrones, o TMT) y *Symbol Digits Modalities Test* (Test de Modalidades de Símbolos y Dígitos o SMDT).

Cada una de estas pruebas mide uno o varios de los cuatro parámetros referentes a las alteraciones cognitivas, y se asocian de la manera siguiente: VFT, designado para medir fluidez verbal; TMT mide memoria de trabajo, y SMDT mide atención y velocidad de procesamiento. Los Test se clasificaron en no patológico y patológicos, estableciéndose el 40 percentil como valor definitorio.

Los test neuropsicológicos VFT, TMT y SMDT fueron validados en Cuba para su uso en edades adultas (18 a 90 años) desde el año 2015, teniendo en cuenta además el nivel de escolaridad del paciente. Presentan las tablas de normativas establecidas para su calificación. Dichos test han sido validados también para su uso en edades pediátricas en el año 2017, considerándose esta población adolescente viable para su uso, según las tablas normativas presentadas.

### **Análisis y discusión de los resultados**

En el período de estudio ingresaron en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Universitario de Holguín, 72 pacientes de todas las edades; de ellos, 39 se correspondían con las edades de 14-18 años y de estos últimos, 15 pacientes se diagnosticaron con trastornos depresivos, los que representan el 38,46% de los pacientes y constituyen la muestra.

Teniéndose en cuenta las edades mencionadas en los criterios de inclusión (entre 14 y 18 años de edad), predominó el sexo femenino con 13 adolescentes que representan el 86,67%; con prevalencia del grupo de 16 años de edad (cinco adolescentes), para el 33,33% del total, seguido del grupo de 15 años de edad (cuatro adolescentes), para el 26,67%, ambos grupos etarios representan más del 50% de la muestra. Mientras del sexo masculino, solo ingresaron dos adolescentes deprimidos para el 13,33% del total de la muestra con edades de 14 y 17 años

**Tabla 1. Caracterización de los adolescentes ingresados por trastornos depresivos**

Edad	Femenino	%	Masculino	%	T	%
14 Años	2	13,33	1	6,67	3	20,00
15 Años	4	26,67	0	0	4	26,67
16 Años	5	33,33	0	0	5	33,33
17 Años	1	6,67	1	6,67	2	13,33
18 Años	1	6,67	0	0	1	6,67
Total	13	86,67	2	13,33	15	100

**Fuente: Elaboración propia.**

"Otras investigaciones coincidieron en que la referida patología se presenta en esta etapa de la vida con más frecuencia debido a las características normales y los cambios fundamentalmente psicológicos del adolescente que los lleva a mecanismos negativos de afrontamiento" (Velles y Valle, s.f; Alcán et al., 2003, citados por Alfonso et al., 2013, pp.12-13).

Se coincide, además, con investigaciones realizadas por la OMS (2017) al plantear que la depresión es tres veces más frecuente en el sexo femenino porque cuenta con menos estrategia de adaptación; independientemente de la vida moderna, aún existen dificultades sustanciales en los métodos educativos entre los sexos, donde hay más rigidez y limitaciones en las hembras que en varones, tabúes sociales y morales que limitan el desarrollo de las relaciones interpersonales; además, es mayor el número de responsabilidades sobre todo domésticas y estados de indefensión aprendidos a pesar de que, en la actualidad, la discriminación de géneros ha disminuido.

Los autores consideran que el predominio del sexo femenino en los trastornos depresivos en adolescentes, en la literatura científica internacional, nacional y en la actual investigación, coinciden no solo por los factores biológicos, sino por la desigualdad recibida en la educación por parte de los padres, la escuela y comunidad en que aún persisten métodos de crianza con enfoque de género muy desigual y se limitan libertades, oportunidades, actividades recreativas, dificultándose el desarrollo de la independencia en las féminas.

Al caracterizar la muestra con respecto al comportamiento de la variable ocupación, se encontró que todos los adolescentes estudiados con trastorno depresivo presentan vínculo estudiantil, mostrándose esta categoría en el 100% de ellos.

En cuanto al grado escolar vencido, en el nivel de Secundaria Básica la categoría que prevaleció fue la del noveno grado concluido, con cinco pacientes que representó el 33,33% del total, con escolaridad de octavo grado vencido se encontraron cuatro, para el 26,67%, mientras con un séptimo grado terminado solo se identificaron tres, para el 20,00%. En el nivel de Pre-universitario, con décimo grado terminado, se encontraron dos y en oncenno grado un paciente para un 13,33% y una, para 6,67 % respectivamente; con duodécimo grado no se encontró ningún adolescente, alcanzándose en este nivel de enseñanza solo un 20% del total.

**Tabla 2. Caracterización de los adolescentes estudiados según el grado escolar**

<b>Grado escolar</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
7mo. Grado	3	20,00
8vo.Grado	4	26,67
9no.Grado	5	33,33
10mo.Grado	2	13,33
11no.Grado	1	6,67
12mo Grado	0	0
Total	15	100

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla 3 se muestra que la mayoría de los adolescentes ingresados por trastorno depresivo pertenecían al municipio de Holguín, con el 79,99% del total. Las áreas de salud más afectadas son: Policlínico Pedro del Toro, con cuatros adolescentes los cuales representan el 26,67%; seguido de los Policlínicos Julio Grave de Peralta, René Ávila y Díaz Legra con dos pacientes cada uno, para el 13,33% respectivamente; mientras Alcides Pino y Mario Gutiérrez solo tuvieron un paciente ingresado cada uno, para un 16,67 % .

Dentro de los municipios que demandaron ingreso por trastornos depresivos se encontraron también Mayarí, Velasco y Gibara con un paciente cada uno, que representaron el

6,67%, respectivamente. Los autores relacionan estos resultados de mayor demanda de atención en el Hospital Pediátrico Provincial por los pacientes procedentes del municipio de Holguín, ya que dicha institución se encuentra enclavada en este municipio cabecera, por lo que ofrece facilidades de acceso por su cercanía; además, tiene una alta densidad poblacional y, de forma general, la población posee mejores conocimientos de la existencia de los servicios especializados.

**Tabla 3. Adolescentes según área de salud de la provincia de Holguín**

<b>Aéreas de Salud</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Pedro del Toro	4	26,67
Julio Grave de Peralta	2	13,33
René Ávila	2	13,33
Díaz Legra	2	13,33
Alcides Pino	1	6,67
Mario Gutiérrez	1	6,67
Mayarí	1	6,67
Velasco	1	6,67
Gibara	1	6,67
Total	15	100

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 4, se muestra en la variable gravedad del cuadro, un predominio de la categoría grave, la cual representó el 46,67% de los adolescentes estudiados, seguida por la categoría moderadamente grave con el 33,33% y la moderada con el 20,00%. No se reportaron casos de categoría leve.

Referente a la variable diagnóstico nosológico, se observó una prevalencia del Episodio depresivo moderado con seis adolescentes, que representan el 40%, seguido por el diagnóstico de Distimia con cuatro pacientes, para el 26,67%, al igual que el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; el 6,67% de los pacientes presentaron diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente, lo cual corresponde a un paciente. No se realizó diagnóstico de Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Los investigadores, basándose en la bibliografía revisada, sostienen que los trastornos depresivos son bastante frecuentes en la infancia, y en la adolescencia alcanzan significativa expresión, con predominio en el sexo femenino, prolongándose hasta la vida adulta si no se realiza un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento.

**Tabla 4. Adolescentes según gravedad y diagnóstico del trastorno depresivo**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Gravedad del cuadro actual	Leve	0	0
	Moderada	3	20,00
	Moderadamente grave	5	33,33
	Grave	7	46,67
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100</b>
Diagnóstico Nosológico	Distimia (F34.1)	4	26,67
	Episodio depresivo moderado (F32.1)	6	40,00
	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	4	26,67
	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	0	0
	Trastorno depresivo recurrente (F33)	1	6,67
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia.**

A cada uno de los adolescentes se le aplicaron las pruebas que conforman la batería neuropsicológica, midiéndose los parámetros de Fluidez Verbal Fonética y Semántica (VFT), Memoria de Trabajo (TMT) y Atención y Velocidad de Procesamiento (SDMT) (tabla 5).

Según los resultados de estos instrumentos, se observa un predominio de resultados patológicos en el test de Fluidez Verbal Fonética con una representación del 80%, mientras la Fluidez Verbal Semántica alcanzó un 73,33%; seguido del test de memoria de trabajo (TMT) en la parte B, con una representación de 9 pacientes para el 60,00%, mientras en el mismo Test en la parte A, con una representación de cuatro pacientes alcanza el 26,67%.

Mediante el test de Atención y Velocidad de Procesamiento se encontraron resultados patológicos en cinco pacientes que representan el 33,33%, comportándose como los procesos cognitivos menos afectados.

A forma de resumen, el 80% y 73,33 % de los adolescentes con trastornos depresivos mostraron resultados patológicos en el test Fluidez Verbal Fonética y Semántica respectivamente, seguido del test Memoria de Trabajo (TMT) en la parte B, en el 60,00%, mientras la Atención y Velocidad de Procesamiento fue la menos afectada. Los autores sugieren la necesidad de hacer énfasis en el estudio de las alteraciones cognitivas en los adolescentes con trastornos depresivos y su tratamiento y propone la aplicación de estos test con mayor frecuencia.

**Tabla 5. Resultados de pruebas neuropsicológicas en adolescentes con trastornos depresivos**

Valor de resultados de pruebas neuropsicológicas	Adolescentes	
	No.	%
Fluidez Verbal Fonética	No patológico	3 20,00
	Patológico	12 80,00
Fluidez Verbal Semántica	No patológico	4 26,67
	Patológico	11 73,33
Memoria de Trabajo Parte A	No patológico	11 73,33
	Patológico	4 26,67
Memoria de Trabajo. Parte B	No patológico	6 40,00
	Patológico	9 60,00
Atención y velocidad de procesamiento	No patológico	10 66,67
	Patológico	5 33,33

**Fuente: Elaboración propia.**

En los adolescentes con Episodio depresivo moderado predominaron los resultados patológicos en el Test de Fluidez (VFT), en los seis pacientes con este diagnóstico el (VFT) Fonético, que representaron el 100%, mientras (VFT) Semántico rindieron como patológicos cinco pacientes, para un 83,34% (tabla 6). Los resultados se

trabajan en base a seis como total para el por ciento porque representa la cantidad de pacientes con diagnóstico de Episodio depresivo moderado.

En el Test de Memoria de Trabajo (TMT) en la parte A, no se obtuvieron resultados patológicos, mientras en la parte B, tres pacientes para el 50,00% sí cumplieron con este criterio.

**Tabla 6. Resultados cualitativos de pruebas de batería neuropsicológica en adolescentes con diagnóstico de Episodio depresivo moderado**

<b>Prueba Neuropsicológica</b>	<b>Clasificación</b>	<b>No. de pacientes</b>	<b>%</b>
VFT Fonético	No Patológico	0	0,00
	Patológico	6	100
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
VFT Semántico	No Patológico	1	16,66
	Patológico	5	83,34
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
TMT Parte A	No Patológico	6	100
	Patológico	0	0,00
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
TMT Parte B	No Patológico	3	50,00
	Patológico	3	50,00
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
SDMT	No Patológico	5	83,34
	Patológico	1	16,66
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia.**

En el Test de Atención y Velocidad de Procesamiento (SDMT), solo un paciente presentó resultados patológicos, para el 16,66% de los pacientes con este diagnóstico. En los test neuropsicológicos aplicados a los pacientes con Episodios depresivos moderados se obtuvieron resultados patológicos en la fluidez verbal, tanto fonética como semántica, seguido de la memoria de trabajo en la parte B, la atención y velocidad de procesamiento resultaron menos afectadas.

En los adolescentes con Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos predominaron los resultados patológicos en ambas pruebas de fluidez verbal (VFT), tanto en la fonética como

en la semántica, al igual que el Test de Memoria de Trabajo en la parte A y en la parte B, con tres pacientes en cada ítem, que representan un 75,00% respectivamente (tabla 7). Los resultados se trabajan en base a cuatro como total para el por ciento porque representa la cantidad de pacientes con diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

En el Test de Atención y Velocidad de Procesamiento (SDMT) se presentaron resultados patológicos en 2 pacientes para el 50,00 %. En los test neuropsicológicos aplicados a los pacientes con Episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos se obtuvieron resultados patológicos en todas las pruebas.

**Tabla 7. Resultados de pruebas neuropsicológicas en adolescentes con diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

<b>Prueba Neuropsicológica</b>	<b>Clasificación</b>	<b>No. de pacientes</b>	<b>%</b>
VFT Fonético	No Patológico	1	25,00
	Patológico	3	75,00
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
VFT Semántico	No Patológico	1	25,00
	Patológico	3	75,00
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
TMT Parte A	No Patológico	1	25,00
	Patológico	3	75,00
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
TMT Parte B	No Patológico	1	25,00
	Patológico	3	75,00
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
SDMT	No Patológico	2	50,00
	Patológico	2	50,00
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

*Guía de prácticas clínicas para el manejo de la depresión en niños y adolescentes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC).*

Hospital Pediátrico Provincial de Holguín

I. Nombres y apellidos y código del paciente.

II. Definición.

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga que empobrece la calidad de vida y genera dificultad en el entorno familiar, laboral, estudiantil o social de quienes lo sufren (Ministerio de Salud Perú, 2008, p.5).

Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o el adolescente. La depresión en el niño y en el adolescente se diferencia de la del adulto. En relación con la edad, el sexo, la presencia o ausencia de comorbilidad médica o psiquiátrica. Se comporta de acuerdo con las características de la etapa evolutiva que atraviesa el niño.

### III. Factores de riesgo y protectores, según enfoque ecológico.

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales, que interactúan entre sí y pueden tener efecto acumulativo. Algunos de ellos predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2005; Garber, 2006, citados por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, p.67).

#### *Factores protectores reducen la probabilidad de depresión*

Los factores internos radican en la persona y dentro de ellos se encuentran la estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse y la empatía, y otros conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la comunidad y las condiciones del medio, que actúan reduciendo la probabilidad de daños como lo son: la familia funcional, apoyo de un adulto significativo, o adecuada integración social y laboral.

Se pueden enumerar algunos factores protectores que contribuyen al comportamiento adecuado: poseer relaciones sociales sólidas, sobre todo con familiares y amigos, poseer una relación de pareja estable, poseer un locus interno de control, inteligencia dentro de límites normales, habilidad para comunicarse, poseer flexibilidad en las características de la personalidad, tenencia de una espiritualidad y autoestima positivas y predominio de buen humor, determinado por la capacidad de reír.

Para elevar la calidad de vida de los adolescentes es necesario prepararlos para enfrentar de forma adecuada situaciones adversas, reforzar sus factores protectores, es decir, desarrollar su capacidad de resiliencia y esto les permitirá reducir la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo.

Durante el curso de la enfermedad, si el adolescente no es correctamente tratado, podrá encaminarse hacia la cronicidad, con recurrencias y con el grave peligro que conlleva el intento de suicidio y de suicidio en personas con depresión. Factores protectores.

#### IV. Cuadro clínico.

Signos y síntomas de detección.

Tristeza patológica; es decir, excesiva en intensidad y en duración, que no se puede entender por el contexto social en que aparece y que incapacita al niño para desarrollar las tareas habituales. La presencia de ideación de suicidio acompañada o no de planes específicos. Algunas características específicas a tener en cuenta son:

"En niños: más síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación), más quejas somáticas y alucinaciones auditivas, irritabilidad episódica y rabietas; menos delirios y menos conductas suicidas que en los mayores" (Asociación Española de Pediatría (AEP), 2006, p. 106).

#### V. Diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

VI. Exámenes auxiliares.

VII. Manejo, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria. Importante recordar que el enfoque del tratamiento está en dependencia de: nivel de funcionamiento neurótico o psicótico, edad del paciente, si se trata de un primer episodio o tiene antecedentes del trastorno él o su familia, gravedad, si existen componentes motores o si sufre de alguna otra condición médica que agrave su cuadro clínico. Los objetivos del tratamiento son suprimir síntomas, prevenir las complicaciones, evitar las recidivas, mejorar la calidad de vida, minimizar los efectos adversos de los medicamentos. No se han encontrado diferencias en cuanto a eficacia entre los diferentes antidepresivos y la elección de uno u otro dependen del perfil de seguridad y del costo que represente su uso para el paciente y para el sistema.

El tratamiento con antidepresivos no se recomienda en la depresión leve. La duración de la terapéutica debe ser al menos seis meses a partir de la mejoría de los primeros síntomas y la suspensión de la terapéutica debe ser gradual para minimizar los síntomas de retirada. No se deben realizar combinaciones de antidepresivos pues no aumentan la eficacia y sí los efectos adversos, y como los antidepresivos demoran entre dos y tres semanas para comenzar su efecto terapéutico, debemos seleccionar un antidepresivo de uso intramuscular en las depresiones moderadas, graves, siempre asociado a antidepresivo vía oral. De no ser inminentemente necesario, no prolongar la vía IM por más de una semana, y tener presente los antecedentes patológicos personales antes de iniciar terapéutica antidepresiva (patologías renales, hepáticas, neurológicas, cardiovasculares, hematológicas), así como evaluar riesgo - beneficio.

En depresión y embarazo con funcionamiento neurótico, evaluar primero respuesta a través de la psicoeducación, evitar antidepresivos dentro de lo posible; de lo contrario, iniciar con la dosis más baja. Evaluar riesgo-beneficio. En reacción de duelo por pérdida de un ser

querido en un tiempo menor de dos meses, no se recomienda tratamiento biológico, ni terapia cognitiva conductual; solo psicoterapia de apoyo apropiada al duelo y brindar mecanismos para una adaptación culturalmente.

En depresiones neuróticas leves, con red de apoyo y habilidades sociales lo más importante es la psicoeducación, terapias de resolución de problemas con sesiones de tres veces por semana con una duración de una hora por 12 semanas.

Tratamiento según la especificidad de la depresión: depresión sin otros síntomas asociados: antidepresivos tricíclicos o ISRS; depresión y ansiedad: antidepresivos + ansiolíticos (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam). Tratar primero la depresión pues los antidepresivos tienen acción ansiolítica y además, las terapias psicológicas ayudan; depresión con predominio de rumiaciones obsesivas: ISRS, y depresión psicótica: antidepresivo + neuroléptico. Comenzar por Neurolépticos típicos (Haloperidol, Trifluoperazina), si no mejora, atípicos (Quetiapina, Risperdal, Olanzapina). Si no mejora, transferencia energética capacitiva y resistiva (TECAR).

En los pacientes con depresiones neuróticas, los fármacos recomendados son:

- Imipramina: ampulas de 25 mg por vía intramuscular o tabletas de 25 mg por vía oral, dosis inicial de 10mg al día con incrementos graduales de 30 a 50 mg/día en dosis fraccionadas, hasta un máximo de 100 mg al día, con dosis: 0.2 a 5 mg/kg/día.

- Amitriptilina: tabletas de 25 mg por vía oral, en niños de 6 a 12 años a razón de 10 a 30 mg en 2 subdosis en adolescentes: dosis inicial de 10 mg por vía oral, 3 veces/día y 20 mg antes de acostarse; dosis máxima: 100 mg/día.

Dosis: 0.3 a 0.7mg/kg/día.

La respuesta se aprecia entre la segunda y la cuarta semana. El tratamiento se mantiene de cuatro a seis meses. Para cambiar el tratamiento, se debe esperar cuatro semanas sin respuesta terapéutica.

En los pacientes con depresiones psicóticas debe usarse un antipsicótico asociado al antidepresivo seleccionado. Se recomienda uno de los siguientes: haloperidol, tabletas de 1,5 mg y 5 mg en dosis de 0.1 a 0.5mg/g/día, Trifluoperazina, tabletas de 1 y 5 mg, con dosis de 0.1 a 0.7 mg/kg/día. Dosis máxima: de 15 a 20 mg/día, Risperidona, tabletas de 3mg. Suspensión de 5mg-5ml. Dosis de 0.5 mg a 1mg/día. Dosis máxima de 6mg/día, Quetiapina o Seroquel, tabletas de 200mg. Solo en adolescentes, iniciar con 25mg/día e ir aumentando cada 4 días. Dosis máxima de 750 mg/día, Olanzapina, tabletas de 5 y 10 mg. En adolescentes, dosis inicial de 2,5 mg/día y dosis máxima de 40mg/día.

Siempre esperar entre 11 y 21 días para evaluar que no hay respuesta, recordando disminuir gradualmente el neuroléptico mientras se introduce uno nuevo, así como disponibilidad del fármaco, fundamentalmente en la continuidad del tratamiento. En un primer brote, debe permanecer el tratamiento entre 6-12 meses. Más de un brote, mantener el tratamiento de 1 -3 años.

En esta guía, de forma objetiva solo se utilizaron los medicamentos que existen en nuestro cuadro básico de medicamentos. Es necesario valorar la necesidad de ingreso en función de: riesgo de suicidio, dudas diagnósticas, gravedad, resistencia a tratamientos previos, presencia de ideación delirante (nihilismo), incapacidad del paciente para alimentarse, historia de que sus síntomas le progresan rápidamente, ruptura de sistemas de apoyo.

Tratamiento básico del paciente con trastorno depresivo: diagnóstico correcto de la depresión. Selección del fármaco antidepresivo. Psicoterapia cognitivo-conductual. Valorar

situaciones especiales como: enfermedades orgánicas, edad. Asociaciones farmacológicas útiles, considerar cambio de fármaco, respetándose siempre los criterios establecidos: suspensión de la medicación, tratamiento preventivo o de mantenimiento y terapia electroconvulsiva (TEC).

#### VIII. Complicaciones.

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto negativo sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Por la magnitud del fenómeno, se considera que las conductas suicidas son muy recurrentes y sin una guía de contención saludable pueden considerarse complicaciones serias hasta ocasionar el suicidio. Aparecen complicaciones por efectos de la terapéutica, tales como inadaptación al tratamiento médico, dolores de cabezas y rasgos de ansiedad que dificultan el adecuado proceso de recuperación.

#### IX. Criterios de referencia y contrarreferencia.

Criterios de referencia: paciente con depresión que, independientemente de la intensidad de esta, presente cualquier espectro de la conducta suicida, ausencia de red de apoyo, depresión con funcionamiento psicótico, recaída o recurrencia, efectos adversos de la terapéutica.

Criterios de contrarreferencia: evolución favorable del cuadro clínico y existencia de una interrelación en la atención primaria de salud y atención secundaria sólida que facilite su seguimiento.

### **Conclusiones**

1. La mayor demanda de ingresos por trastornos depresivos fue de féminas, entre 15 y 16 años, con nivel de Secundaria Básica, procedentes del municipio de Holguín de las áreas de salud Pedro del Toro y Julio Grave de Peralta, y la severidad del cuadro actual de los trastornos

depresivos fue grave y moderadamente grave; como diagnósticos más frecuentes se encontraron el Episodio depresivo moderado, la Distimia y el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

2. En las pruebas neuropsicológicas, los adolescentes con trastornos depresivos mostraron resultados patológicos en el Test de Fluidez Verbal Fonética y Semántica, seguido del Test de Memoria de Trabajo (TMT) en la parte B, mientras la Atención y Velocidad de Procesamiento fueron las menos afectadas y en los Episodios depresivos moderados se obtuvieron resultados patológicos en la Fluidez Verbal Fonética y Semántica, seguido de la Memoria de Trabajo en la parte B; la Atención y Velocidad de Procesamiento resultaron menos afectadas.

3. En los Episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos se obtuvieron resultados patológicos en todas las pruebas neuropsicológicas.

4. La revisión documental, unido a la caracterización clínico epidemiológica utilizada como diagnóstico puesto a disposición del equipo investigador fueron el punto de partida para la elaboración de sesiones de trabajo como talleres interactivos y constructivos en el diseño de la Guía Práctica Clínica y, a partir de ella, se estableció un algoritmo de trabajo, favoreciéndose la unidad de criterios, sin dejar de tener presente la individualidad en cada paciente y el juicio clínico de los profesionales.

### **Referencias bibliográficas**

Alfonso, D.L., Fernández, L.M., Cuenca, E. & Hernández, G. (2013). Trastornos depresivos en adolescentes. Estrategia de intervención. *Revista CODAJIC*.  
<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/72%20-%20Trastornos%20depresivos%20en%20adolescentes.%20Estrategia%20de%20in.pdf>

Argumedos, C., Monterroza, R., Romero-Acosta, K. & Ramírez, A. F. (2018). Desempeño neurocognitivo de la atención, memoria y función ejecutiva en una población infanto-juvenil escolarizada con y sin presencia de sintomatología internalizante. *Psicogente*, 21(40), 403-421. <https://www.redalyc.org/journal/4975/497557156007/html/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - 5)*. Editorial Médica Panamericana.

<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Asociación Española de Pediatría (AEP). (2006). Trastorno depresivo en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil AEPNYA*, 104-112.

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/depresion.pdf>

Ministerio de Salud Perú. (2008). *Guía de práctica clínica en depresión*.

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización*.

[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc\\_575\\_depresion\\_infancia\\_avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf)

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2017). *Día mundial de la salud. Hablemos de la depresión*.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=9400cc4c-15df-11e7-89f2-7df1f1be6b613&idCarpeta=38014291-aa5d-11dd-b41b-89eb02602ac7>

Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (CIE-10). 10ma, Revisión.*

ais.paho.org › classifications › chapters › pdf › volume1

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.*

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence)

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS).

(2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* OPS.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Osorio, M., Peralta, F. & Chambergo, O. (2017). Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: Relación entre características clínicas y demográficas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2): 132-138. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13185>.

Voltas N. & Canals, J. (2018). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 25-43. [www.injuve.es](http://www.injuve.es) › sites › default › files › adjuntos › 2019/06 › 2.\_la\_d...