

Caso clínico

TEMA 5

Depresión, suicidio y trastorno bipolar

M.^aJ. Mardomingo Sanz

Presentación del caso

Laura es una niña de 12 años que acude a la consulta con sus padres porque desde hace alrededor de unas semanas observan en ella tristeza, decaimiento y menos apetito. Al principio los padres lo atribuyeron a que estaba muy nerviosa por las clases, pues Laura es una niña perfeccionista, exigente consigo misma, que tolera mal las frustraciones, incluso las pequeñas, y que quiere hacerlo todo bien; cuando no lo consigue, se desanima y sufre. Los padres la describen como «extremada en todo, muy intensa, emotiva, pasa del amor al odio; sensible y muy buena».

A la vuelta de vacaciones de Semana Santa, la madre la notó irritable; se quejaba de los profesores y de las amigas y decía que le costaba hacer los deberes. Algún día se negaba a salir y se iba más tarde a la cama. En una ocasión la madre la encontró llorando en su habitación, y al preguntarle qué le pasaba Laura le contestó: «Lo hago mal todo y os doy muchos problemas». A pesar de que la madre le insistió en que no era verdad, no logró convencerla y la niña continuó llorando.

Laura es la menor de tres hermanos. Los padres son personas educadas. No hay problemas serios en la familia, aunque el padre está pasando por una situación difícil en el trabajo y a veces los padres discuten por este motivo.

Antecedentes personales

La madre sufrió amenaza de aborto en la semana 24 del embarazo, por lo que se le indicó tratamiento con reposo absoluto y Pre-par[®] hasta la semana 28, y en menor grado hasta la semana 33. Parto por cesárea a las 38 semanas, sin sufrimiento fetal. Peso de 3 kg, neonatal normal.

Su desarrollo psicomotor fue normal. Comenzó a hablar pronto y con muy buena evolución. Presentó ansiedad por separación al comenzar el colegio, con crisis de llanto que fueron cediendo poco a poco. No tuvo ningún problema de aprendizaje y su adaptación escolar y social fue buena.

No presenta antecedentes patológicos de interés. La visita regularmente su pediatra, que es quien ha recomendado llevarla a la consulta de psiquiatría. Envía una nota en la que dice haber observado un cambio en el carácter de la niña las dos últimas veces que la ha visto; le parece más nerviosa y con ánimo lábil.

Los profesores la consideran una buena alumna. Últimamente la notan distraída y «como si estuviera en otra cosa».

Antecedentes familiares

Hay antecedentes de depresión en la familia materna. Los abuelos están separados, y la abuela es una persona inestable y de carácter difícil. Hay cierta frialdad afectiva en el ambiente familiar. El resto carece de interés.

Anamnesis y exploración

Al comienzo de la entrevista Laura manifiesta cierto nerviosismo, aunque luego se tranquiliza poco a poco y acaba colaborando bien. Muestra buena empatía, mímica y gesto expresivos y contacto visual adecuado. Tiene el ánimo decaído; cuenta que desde hace 2 o 3 meses se siente triste; discute con las amigas, que «la hacen de menos»; da muchos problemas a sus padres, que «se enfadan por su culpa»; cada vez saca peores notas y dice que «va a suspender el curso». Todo la molesta. Está irritable y alterada. Tarda en dormirse y tiene menos hambre. Alguna vez ha pensado que «lo mío no tiene remedio, pues no valgo para nada».

No ha hablado con nadie de lo que le pasa. Le da vergüenza y siente pánico a «estar volviéndose loca». Ha tenido alguna idea de suicidio, pero no ha pensado en llevarlo a la práctica ni ha hecho planes.

Está orientada y consciente. No hay trastorno del curso ni del contenido del pensamiento, ni de la sensopercepción. No tiene obsesiones ni rituales. No ha sufrido episodios maniacos. Se descartan otros trastornos psiquiátricos.

Diagnóstico

Episodio depresivo.

Tratamiento

Se ofrece terapia de apoyo a la niña. Se le explica lo que le sucede: tiene una depresión, que es una enfermedad que se cura y que sufren también otros niños. No está loca.

Se da asesoramiento a los padres. Se les explica que la niña tiene una depresión, que hay antecedentes en la familia, que es fundamental tratarla y que el pronóstico, en principio, es bueno. Se les dan recomendaciones educativas.

Se instaure terapia cognitivo-conductual (TCC), una sesión semanal. Si al cabo de 2-3 semanas no hay mejoría, se añadirá tratamiento con fluoxetina.

Comentario

Laura es una niña próxima a la pubertad, que desde hace 2-3 meses presenta un cuadro clínico de tristeza, hundimiento del ánimo, alguna idea de suicidio, irritabilidad, desesperanza, sentimientos de culpa y disminución del rendimiento escolar, un conjunto de síntomas que se corresponden con un cuadro depresivo. Por otra parte, tiene el antecedente de ansiedad por separación de pequeña. La ansiedad es el trastorno que con más frecuencia se asocia a la depresión.

La niña tiene antecedentes familiares de depresión, lo que aumenta la probabilidad de sufrir el trastorno. Por otra parte, Laura vive en un ambiente familiar protector, pero algo frío desde el punto de vista afectivo, lo que acentúa los sentimientos de soledad de la niña.

Claves diagnósticas y terapéuticas

Las claves para diagnosticar y tratar adecuadamente este caso clínico son las siguientes:

- Debe hacerse una historia clínica cuidadosa, para lo cual es imprescindible que el médico conozca a fondo el trastorno psiquiátrico de la depresión.
- El médico ha de tener capacidad para comunicarse con la niña e inspirarle seguridad y confianza. Debe hablar con ella en privado y asegurarle que lo que hablen es confidencial, excepto si hay algo que el médico considera que debe decir a los padres con el fin de ayudarla y protegerla. Sería el caso de las ideas de suicidio.
- La TCC es la primera opción terapéutica en un cuadro clínico de depresión que puede catalogarse de leve-moderado. Los objetivos de la TCC son: identificar y modificar las actitudes y los pensamientos negativos; corregir las distorsiones cognitivas que llevan a percibir la realidad de un modo pesimista y amenazante; reforzar la confianza de la niña en sí misma y animarla a hacer cosas que le gustan aunque no se sienta con ganas de hacerlas.

Si no se produce una mejoría con la TCC puede añadirse fluoxetina, ya que de ese modo se potencia la eficacia del tratamiento. Según algunos trabajos, el 71% de los pacientes mejora con la combinación de ambos tratamientos, frente al 25% con placebo, el 43% con TCC sola y el 61% con fluoxetina sola.

Las ideas de suicidio de Laura son de carácter leve. Nunca ha pensado seriamente en morir ni tampoco en el método que podría utilizar para suicidarse; sólo tiene 12 años. Las ideas de muerte son relativamente frecuentes entre los adolescentes en general. Un 4% de los hombres y un 8,7% de las mujeres refieren haber tenido

alguna vez ideas de muerte. Suelen ser de carácter genérico y, si no hay otros factores de riesgo, no predicen un suicidio. En el caso de Laura, si toma fluoxetina, hay que avisar a los padres y a la niña de que existe la posibilidad, aunque baja, de que aumenten las ideas suicidas durante las 2-3 primeras semanas y que después remiten. Si aparecen, la niña tiene que decírselo a los padres y éstos deben avisar al médico, que hablará con ella. El 4% de los pacientes tratados con fluoxetina presenta ideación suicida en las primeras semanas de tratamiento, frente al 2% tratado con placebo. No se ha registrado ningún suicidio.

1. ¿Cuál es la primera opción terapéutica en el caso clínico de Laura?

- A. Terapia interpersonal.
- B. Apoyo a los padres.
- C. Terapia de grupo.
- D. Terapia cognitivo-conductual.

2. ¿Qué antecedente familiar es significativo para el diagnóstico en este caso?

- A. Depresión de la madre.
- B. Depresión en la familia materna.
- C. Depresión del padre.
- D. Trastornos de ansiedad en la familia paterna.

3. ¿Qué circunstancia es imprescindible para hacer bien el diagnóstico?

- A. Que el médico esté entrenado en habilidades sociales.
- B. Que el médico conozca a fondo las características de la depresión en los niños.
- C. Que el médico haya sufrido una depresión.
- D. Que el médico hable a solas con los padres.

4. ¿Cuál es el pronóstico de Laura?

- A. Imprevisible.
- B. Grave.
- C. Favorable.
- D. Leve.