

# Identificación, diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adolescente (Trastorno Depresivo Mayor)

## Carpeta para Prestadores de Salud de Primer Contacto

Creado por: **Dr. Stan Kutcher**, MD, FRCPC, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health & Director, WHO Collaborating Center, Dalhousie University, (Halifax, NS)

**Dr. Sonia Chehil**, MD, Assistant Professor in Psychiatry. Dalhousie University, (Halifax, NS)

Revisores: **Lisa Bonang**, MD, CCFP, FCFP, General Practitioner (Musquodoboit Harbour, NS)

**Jane Brooks**, MD, PhD, CCFP, General Practitioner (Middleton, NS)

**Heather Brown**, MD, Lecturer, University of Manitoba, General Practitioner, Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC), (Winnipeg, MB)

**Carlo G. Carandang**, MD, ABPN (Dip.), Assistant Professor, Division of Child and Adolescent Psychiatry Dalhousie University (Halifax, NS)

**Amy Cheung**, MSc, MD, FRCP Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, (Toronto, ON)

**Rhonda L. Church**, MD, FRFP, Gateway Family Practice (Bridgewater, NS) & Staff Physician, South Shore Regional Hospital, (Bridgewater, NS)

**Carl Fournier** MD, Family physician, Clinical Associate professor University of Montreal, Notre-Dame hospital of CHUM (Montreal, QC)

**Jane Garland**, MD, FRCPC, Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia, Clinical Head, Mood and Anxiety Disorders Clinic, British Columbia's Children's Hospital, (Vancouver, BC)

**Bianca Horner**, MD, FRFP, Fellow College of Family Physicians, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)

**John C. LeBlanc**, MD, MSc, FRCPC, Associate Professor Pediatrics, Psychiatry, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University (Halifax, NS)

**Andrea Murphy**, BSc Pharm, ACPR, PharmD, Research Associate, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health; Assistant Professor, School of Nursing, Dalhousie University, (Halifax, NS)

**Diane Sacks**, M.D., FRCP(C), FAAP, Assistant Professor of Pediatrics, University of Toronto, (Toronto, ON)

**Margaret Steele**, MD, FRCPC, Professor, Department of Psychiatry, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, (London, ON)

**Neal C. Stretch**, BAsC, MASc, MD, CCFP, FCFP Rural Family Physician, Assistant Professor, Dept. of Family Medicine, University of Ottawa (Ottawa, ON)

**Carolyn Thomson**, MD, CCFP, FCFP, Chief, Dept. of Family Medicine, IWK Health Centre (Halifax, NS)

**Suzanne Zinck**, MD, FRCPC, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)

Reconocimiento: David Venn por su colaboración en la asistencia técnica y coordinación del proyecto

## Introducción

La intención de este documento es proporcionar a los prestadores de salud de primer contacto una visión general de la depresión clínica en la adolescencia, de tal forma que puedan identificarla y tratarla de manera efectiva y con resultados clínicamente relevantes.

La documento se divide en dos partes:

1. Información general para ayudar al prestador de salud de primer contacto a comprender sobre la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en los adolescentes.
2. Un paquete de instrumentos diagnósticos y otros recursos útiles para la valoración y seguimiento del trastorno depresivo mayor en el adolescente.

A lo largo de este material se encontrarán palabras en color [azul](#). Al dar clic en éstas, se tendrá acceso al vínculo ya sea interno o externo que proveerá de mayor información.

**Este programa ofrece al prestador de salud un marco teórico comprensivo, racional y secuencial para poder atender la depresión adolescente. Cada prestador de servicios de salud podrá extraer de este programa aquellos componentes que se apliquen mejor a su propia práctica profesional. Al utilizar la información de este curso, así como las herramientas que aquí se ofrecen, cada prestador de servicios de salud podrán personalizar el tipo de tratamiento e intervenciones adecuadas para cada joven con depresión.**

**Las herramientas que se incluyen en este documento, también pueden ser utilizados por los familiares involucrados en el tratamiento, bajo la supervisión del líder del grupo para que el monitoreo del adolescente se lleve a cabo de una manera integral y continua.**

## Datos breves sobre la Depresión Adolescente

- 1 La adolescencia se considera desde el fin de la pubertad de los 13 años hasta los 25 años, aproximadamente
- 2 El Trastorno depresivo mayor (TDM) afecta al 6-8% de los adolescentes
- 3 La mayoría de las personas que desarrollan TDM presentan su primer episodio entre los 14-24 años de edad
- 4 La presencia de TDM en la juventud generalmente coincide con una morbilidad crónica, desarrollo económico/vocacional/interpersonal pobre y mayor morbilidad (suicidio, enfermedades crónicas a largo plazo como diabetes, problemas cardíacos, etc.)
- 5 Están disponibles intervenciones efectivas que pueden ser proporcionadas

- por los prestadores de salud de primer contacto
- 6 La identificación y tratamiento tempranos y efectivos pueden disminuir la morbilidad a corto plazo así como mejorar los resultados a largo plazo (incluyendo el descenso de la mortalidad)

**El tratamiento efectivo para el TDM puede ser proporcionado de manera adecuada a los adolescentes a través de los prestadores de cuidado de salud. Aquí te decimos cómo...**

### **Pasos Clave**

1. **Identificar a los adolescentes en riesgo de TDM**
2. **Métodos útiles para evaluar y diagnosticar el TDM en un medio clínico**
3. **Plantilla de tratamiento**
4. **Evaluación de riesgo suicida**
5. **Planeación de seguridad/contingencia**
6. **Señales de alerta**

### **Identificar a los adolescentes con riesgo de TDM**

Los prestadores de salud de primer contacto se encuentran en una posición ideal para identificar a los jóvenes en riesgo de desarrollar depresión. La siguiente tabla ha sido compilada a partir de literatura científica y se presenta en un formato que puede ser utilizado eficientemente por un prestador de salud para identificar a aquellos jóvenes que deben estar siendo monitoreados constantemente para detectar la presencia del TDM.

### **TDM en Jóvenes, Tabla de Identificación de Riesgo**

<b>Efecto de riesgo significativo y bien establecido</b>	<b>Efecto de riesgo menos claro</b>	<b>Identificadores "grupales" posibles (no implican TDM pero pueden indicar factores relacionados con el desarrollo adolescente de TDM)</b>
1. Antecedentes familiares de TDM 2. Antecedentes	1. Trastorno por déficit de atención iniciado en la infancia	1. Fracaso escolar 2. Homosexualidad, bisexualidad,

<p>familiares de suicidio</p> <p>3. Antecedentes familiares de trastornos mentales (principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos por abuso de sustancias)</p> <p>4. Trastorno de ansiedad iniciado en la infancia</p>	<p>2. Abuso de sustancias</p> <p>3. Factores estresantes agudos y continuos durante la niñez (abuso sexual, abuso físico, descuido)</p>	<p>transexualismo</p> <p>3. Bullying (víctima o victimario)</p>
---	---	---

## ¿Qué hacer cuando identificas a un joven con riesgo elevado?

### Eduque sobre los riesgos

El TDM no es inevitable. Cuando llega a presentarse, es mejor diagnosticarlo y tratarlo lo antes posible. Es recomendable no ignorar los síntomas e investigar si el problema es debido a un TDM. Los prestadores de cuidados de la salud que atienden familias deben educar a los padres sobre los riesgos potenciales para sus hijos cuando presentan TDM. Todos los miembros de la familia, incluyendo a los menores, deben estar conscientes de las tendencias familiares a ciertas enfermedades mentales, de la misma forma en que se les conscientiza sobre antecedentes de enfermedades cardíacas, cáncer de seno, etc. [Haga clic aquí para acceder a fuentes informativas sobre la depresión juvenil para padres de familia.](#)

### Obtener y registrar los antecedentes familiares de trastornos mentales

Como parte de la recopilación rutinaria de la historia familiar, los prestadores de servicios de la salud deben registrar los antecedentes familiares de posibles trastornos mentales (incluso abuso de sustancias) y su intervención (tipo y resultados).

### ¿Cuándo realizar una evaluación clínica?

Si el joven comienza a sentirse constantemente triste, deprimido, desesperanzado, infeliz o irritable, así como aburrido y estos síntomas duran más de dos semanas, debe llevarse a cabo una evaluación clínica urgente. La presencia de ideación y planeación suicida, o eventos de autodaño deben activar la intervención clínica de emergencia.

### Llevar a cabo un chequeo de salud mental

Pueden llevarse a cabo consultas de 15 minutos cada 3 a 6 meses mientras el joven es evaluado para TDM. Para este fin se recomienda la Escala de Depresión

para Adolescente de Kutcher (Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS), descrita más adelante.

Una técnica muy útil es pedir al chico o a sus padres que traigan sus reportes escolares, el observar descenso en las calificaciones así como ausencias o retardos constantes, pueden proporcionar datos indirectos de un problema de salud mental.

### **Confidencialidad**

La educación sobre depresión también debe incluir aspectos referentes a la confidencialidad, tanto para el joven como para sus padres. Esta información logrará que el chico se sienta más familiarizado con el servicio de salud en momentos de depresión, ya que tendrá la oportunidad de compartir su malestar; en cuanto a los padres, saber qué esperar en con respecto a la información referente a su hijo les hará sentir más tranquilos y satisfechos con el tratamiento.

## **Métodos Útiles para la Evaluación y el Diagnóstico**

Los chicos llegan en pocas ocasiones a los servicios de salud por problemas relacionados a su salud mental, se debe llevar a cabo una evaluación en todos los jóvenes considerados o no como de alto riesgo. Las visitas relacionadas a temas de salud sexual y anticoncepción provén una excelente oportunidades para llevar acabo la evaluación sobre depresión.

Se puede utilizar una sencilla prueba de auto-evaluación, como la Escala de Depresión Adolescente Kutcher ([6-item Escala de depresión para adolescentes de Kutcher: 6-KADS](#)) la cual tiene buena sensibilidad y especificidad y ha sido recomendado su uso tanto en las guías NICE como GLAD-PC. Puede ser llenada por el joven antes de la consulta con el prestador de salud y comentar los resultados con este durante la entrevista, la escala se encuentra disponible en varios idiomas.

La 6-KADS está disponible en el link marcado arriba así como en el paquete de herramientas que se encuentra más adelante.

Cuando la escala 6-KADS es utilizada por vez primera, el clínico debe asegurarse de que el joven comprenda el propósito y procedimiento de dicho instrumento. Cuando se evalúe la KADS, es importante hacerle saber al chico sobre sus resultados.

**La 6-KADS puede ser utilizada por médicos.**

Los médicos que deseen usar la KADS pueden hacerlo siguiendo las instrucciones que la acompañan, y esta no tiene ningún costo.

Quienes deseen entrenarse en el uso de la KADS así como en el instrumento que mide el riesgo suicida adolescente, pueden contactar a la oficina de Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health al telefono +1 (902) 470-6598.

## Diagnóstico de TDM en la Adolescencia

El estado de ánimo de los adolescentes puede fluctuar rápidamente y en gran medida son influenciados por el ambiente. Es importante distinguir entre trastorno depresivo y malestar depresivo. El primero es de mayor duración (en ocasiones llega a durar varios meses) y requiere de intervención clínica. El segundo es de menor duración (pocas semanas o días) y se soluciona de manera espontánea o se modifica a través de cierto apoyo social o tras pequeños cambios externos.

El diagnóstico del TDM se hace utilizando los [critérios del DSM IV-TR](#)

## Malestar

- Se relaciona con un evento desencadenante
- La funcionalidad no es afectada de forma significativa
- Es pasajero y se aminora con cambios en el ambiente o una vez que pasa el estresor
- No requiere de una intervención profesional
- Puede ser un factor importante en la vida- la persona aprende nuevos modos para enfrentar la adversidad
- Los apoyos sociales como la amistad y las redes familiares son útiles
- Las intervenciones psicológicas pueden ser de utilidad
- Normalmente no requieren de medicamentos

## Trastorno

- Puede relacionarse o no con un evento desencadenante, generalmente se presenta espontáneamente
- Afecta la funcionalidad de forma moderada a grave
- Suele durar más o se crónico, y el ambiente puede modificarlo pero no aminorarlo.
- Se requiere una valoración (diagnóstico sindromal: DSM\*/ICD\*)
- Se requiere intervención profesional
- Puede aumentar la adversidad gracias a su impacto en crear eventos vitales negativos (por ejemplo, el ánimo decaído puede llevar a pérdida de la pareja)
- Puede llevar a conductas negativas a largo plazo (adicciones, desempleo, etc.)
- Los apoyos sociales e intervenciones psicológicas específicas puede ser de utilidad
- Puede requerirse fármacos pero estos deben ser administrados correctamente

DSM- Manual Estadístico y de Diagnóstico (Diagnostic and Statistical Manual)  
ICD – International Classification of Diseases

## Diagnóstico de TDM en Adolescentes utilizando la KADS

La KADS es un instrumento auto-aplicable que puede ser muy útil para el diagnóstico y monitoreo de la depresión en gente joven. La información sobre cómo calificar la KADS se encuentran junto con el mismo instrumento.

Cuando el puntaje de la KADS es igual o mayor a 6, **debe sospecharse** un TDM.

**Un puntaje alto de KADS (6+) no implica que haya depresión clínica; pero sugiere un posible diagnóstico y el puntaje pueden utilizarse como guía para las entrevistas posteriores.**

**Si se encuentra un puntaje de 6 ó más en KADS se sugiere lo siguiente:**

- 1 Converse acerca de los problemas o conflictos que acontecen en la vida del joven. Aplique la [Evaluación de la funcionalidad en las actividades del adolescente {Teen Functional Activities Assessment \(TeFA\)}](#), esta le ayudara a determinar el impacto que la depresión esta causado en el funcionamiento del adolescente.
- 2 De apoyo y orientación para la solución de problemas sin emitir juicios "rapport de apoyo", utilice como guía el [Apoyo Psicoterapéutico para Adolescentes \(APA\) {Psychotherapeutic Support for Teens \(PST\)}](#). Motive las siguientes conductas: actividad física, sueño regular, alimentación balanceada, actividades sociales positivas.
- 3 Evalúe el posible riesgo suicida - puede utilizarse el Instrumento para la [Herramienta de Evaluación para Riesgo Suicida {Tool for Assessment of Suicide Risk \(TASR\)}](#)
- 4 Haga un "chequeo" telefónico 3 días después de la visita, con una duración breve de entre 3 a 5 minutos. El joven puede preferir mensajes de texto o correos electrónicos. Si se identifica algún problema, pedir al joven que programe una visita lo más pronto posible.
- 5 Realice una evaluación del estado mental utilizando el KADs una semana después de la primera visita. También puede aplicar el TeFA y el PST, solo toma 15-20 minutos.
- 6 Lleve acabo un chequeo telefónico breve a los tres días de la segunda visita (3-5 minutos)
- 7 Programar una tercer visita a la semana siguiente para llevar acabo evaluación utilizando la KADS y el TeFA.

## **¡No sé estrese!**

Existen muchos instrumentos clínicos que se enfocan al diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor adolescente. Una evaluación completa del TDM puede llevarse a cabo en tres visitas de 15 minutos con el marco de trabajo expuesto previamente. Algunos clínicos pueden preferir el uso de entrevistas evaluatorias en lugar de cada uno de los instrumentos. Aún así, el KADS puede ser utilizado de manera rutinaria en cada visita como estrategia para monitorear y seguir la evolución de los síntomas.

### **El Diagnóstico del TDM es muy posible sí:**

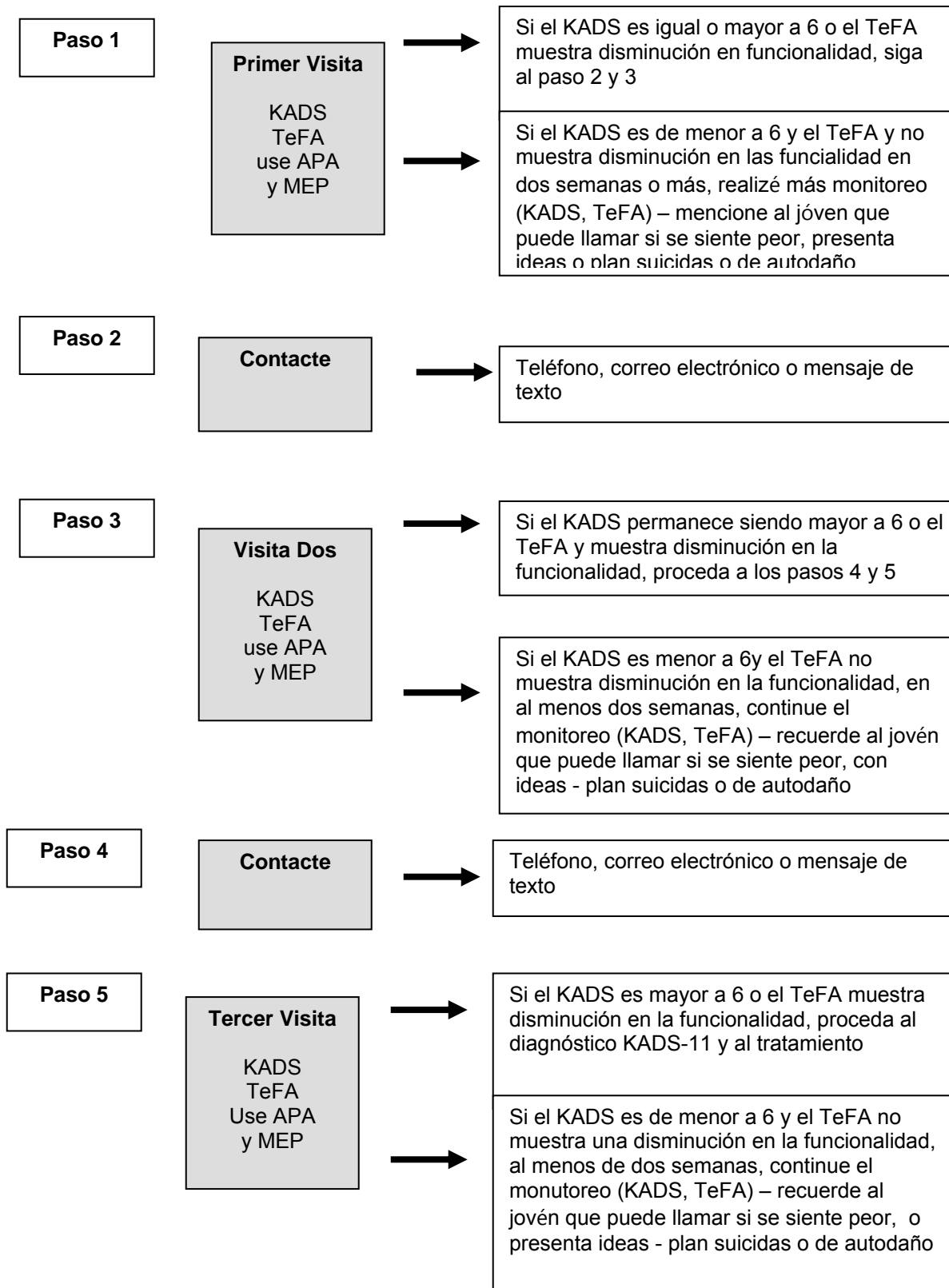
1. Se tiene un puntajes igual o mayor a 6 en el KADS durante un periodo mayor a dos semanas (en los tres puntos evaluatorios)
2. Existen pensamientos suicidas persistentes o conductas autolesivas
3. Hay un deterioro en el funcionamiento escolar, familiar o interpersonal (Puede utilizarse el TeFA para evaluar este aspecto)

Si en la tercera visita el diagnóstico de TDM sigue siendo sospechado, se recomienda aplicar la versión larga del KADS que consiste en 11 ítems. Si encuentra un puntaje mayor o igual a 2 en cinco, se considera diagnóstico de TDM y debe iniciarse una intervención.

#### **[El KADS de 11 ítems puede ser utilizado sin costo por los clínicos](#)**

Nota - El KADS-11 debe ser aplicada por un clínico y no por el paciente. El clínico debe realizar las preguntas de la escala y puntarlas de acuerdo a su observación y criterio.

## Acercamiento Clínico al Posible TDM en el Adolescente durante la Atención Primaria \*



\* **De manera alternativa, algunos proveedores de salud pueden optar por** Exponer el el motivo de consulta del paciente, determinar si existen problemas de seguridad (por ejemplo, suicidio potencial, psicosis), proporcionar al paciente el KADS para que lo llene y agendar una cita cercana para completar la evaluación. El tema clave es determinar la seguridad del paciente, mientras se da el tiempo suficiente que permita determinar si se trata de un trastorno o malestar.

## **Diseño de Tratamiento – TDM Adolescente**

El tratamiento de la depresión adolescente incluye factores específicos y no específicos. Los factores específicos son: medicamentos, psicoterapias estructuradas (e.g. Terapia Cognitivo Conductual CBT; Terapia Interpersonal IPT). Los factores no específicos abarcan aquellas actividades que ayudan a mejorar el estado de ánimo y el bienestar, ADEMÁS de intervenciones psicológicas de apoyo que pueden ser proporcionadas por el proveedor de salud (use el APA como guía, lo encontrara en el conjunto de herramientas).

Al iniciar el tratamiento es importante educar al padre o tutor sobre el trastorno y su tratamiento. Sugerimos que esta accesoria se lleve acabo en dos citas con 3 a 5 días de distancia y que se lleven acabo en días distintos a las visitas del paciente, esto ayudara al estudio/investigación del caso. Pueden proporcionarles las páginas de Internet sugeridas más adelante y también anímelos a hacer sus propias búsquedas, además de sugerirles que traigan una lista de preguntas y dudas para discutirse en la siguiente visita.

### **Cuando proporcione información sobre un Trastorno Mental:**

- 1) Determine el nivel de conocimiento que tiene el joven y la familia acerca del trastorno y su tratamiento
- 2) Identifique cuales son áreas de información erronea y clarifiquelas
- 3) Identifique huecos en la información y ayude a llenarlos
- 4) Sea realista, claro y comprensible
- 5) Dé material impreso que se puedan llevar a casa, en el siguiente vínculo puede encontrar algunos [Material útiles para Médicos generales](#)
- 6) Platique sobre las adicciones. Muchos padres y jóvenes creen que el recibir medicamentos puede lleva a la adicción. Es posible que no lo hablen de manera espontánea así que debe proponerse el tema. Información útil sobre la adicción y las medicinas ([vínculo al sitio de NIDA](#))
- 7) Hábleles sobre el tiempo que durará el tratamiento. Para un primer episodio se sugiere que sea de 6 a 9 meses a partir de que el joven se sienta bien
- 8) Comente sobre cómo las modificaciones que deben realizarse durante la toma de medicamentos (ej. no pasa nada si se mezcla con un poco de alcohol y no impedirá él poder conducir)



### [Revisar MedEd ©](#)

MedEd © es un manual interactivo novedoso que ha sido diseñado para optimizar el tratamiento psicofarmacológico en jóvenes.

## Intervenciones no-específicas

Recientes investigaciones neurobiológicas han demostrado, que ciertos cambios en el ambiente pueden modificar las funciones mentales ligadas al estado de ánimo, ejemplos de ellos son: el sistema serotoninérgico, el sistema dopaminérgico, el factor neurotrópico (BDNF) y el sistema de endorfina.

Si desea leer mAs al respecto, aquí hay una revisión actual (los datos expuestos, fueron obtenidos principalmente en adultos) Young, Simon N. [\*How to increase serotonin in the human brain without drugs. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2007; 32; 394-399.\*](#)

Las intervenciones no-específicas incluyen:

1. **Ejercicio** – se recomienda realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico vigoroso
2. **Luz Brillante** – exposición a 2,000 lux en la mañana (entre 6 y 9 am.) y por la tarde (entre 6 y 9 pm.). Esto corresponde a 30 minutos de luz exterior disponible durante los meses de verano en Canadá, en invierno puede utilizarse una lámpara con los lux equivalentes.
3. **Apoyo Social** – interacciones con compañeros y familiares- incluir principalmente actividades placenteras (aunque se tenga que dejar de ir a trabajar o atender clases).
4. **Nutrición** – alimentos ricos en triptofano – como los chícharos –o serotonina – como el chocolate – (desafortunadamente parece que el comer pavo y plátanos no funciona). Se recomienda una dieta balanceada con nulo o poco alcohol y **sin** uso de drogas. Ciertas investigaciones sugieren la utilidad del omega 3 pero esta aún no ha sido comprobada.
5. **Música y movimiento** – se sugiere música y baile rítmico

No se recomienda el uso de estos métodos como sustituto a la medicación o psicoterapia para tratar el TDM, sin embargo se sugiere el incluirlos como parte de la estrategia terapéutica. Desaliente la tendencia de los jóvenes deprimidos a escuchar música tenebrosa, aislarse, leer poesía deprimente o el pasar tiempo en la oscuridad oscuras.

### Una sugerencia nutrimental

Ciertas investigaciones sugieren que una dieta rica en omega-3 puede ser benéfica. He aquí la receta de un batido matutino propuesta por la Dra. Jane Garland.

1. Yogur + fruta (plátano, durazno, zarzamora, etc.)
2. Una cucharadita de suplemento líquido Nutra-Sea omega-3 (la cual es una buena fuente de omega 3 sin sabor a pescado)

Si lo prefiere, puede sustituir el yogur por leche o leche de soya. También, se puede agregar proteína en polvo si el niño o joven así lo requiere. También existen en el mercado polvos para batidos que contienen ácidos grasos ricos en omega-3 y otros nutrientes, que pueden ser una buena alternativa.

### Receta para Mejorar el Estado de Ánimo (MEP por sus siglas en inglés)

Es de gran ayuda él darle al joven una guía sencilla desarrollada en conjunto (y, de ser posible, en colaboración con el cuidador), en la que se aclaren las actividades auto-regulatorias a llevar a cabo durante el contacto diagnóstico y del tratamiento. La [Receta para Mejorar el Estado de Ánimo](#) es una herramienta útil y eficiente que puede ayudar al joven a identificar y planificar sus actividades diarias. Se presenta más adelante, y también está incluida en el Conjunto de Herramientas para el Clínico. De manera práctica, el clínico puede revisar el MEP junto con el paciente, completar la forma y analizarla en la siguiente visita.

#### Receta de actividades de mejora del estado del ánimo

Hay muchas cosas que se pueden hacer para levantar el ánimo, las siguientes actividades le ayudaran a sentirse mejor. Algunas veces, se requerirá de ayuda adicional (como psicoterapia o medicación. Esta nuestra receta para mejorar el estado de ánimo. En cada una de las actividades escribe el plan que se tiene (qué harás, qué tan seguido y con quién).

Actividad	Plan (qué, frecuencia, con quién)
Ejercicio	
Buena alimentación	
Solución de Problemas	

### **Incluyendo a otros para ayudar**

Si el joven cuenta con una familia que lo apoya, involúcrelos en el MEP e involucre a otras personas que pueden ser importantes en la vida del joven como: profesores, consejeros, entrenadores, vecinos, etc.

Es buena idea el preguntar al joven con quién más se puede contar para que se les involucre. No olvide preguntar sobre el desempeño escolar. Muchas personas con TDM pueden requerir de más intervenciones educativas o un enfoque académico modificado. Se recomienda (si el paciente lo autoriza) hablar con un consejero escolar.

### **Psicoterapia**

Algunas guías recomiendan el uso de psicoterapias e intervenciones como “primera línea” de tratamiento para adolescentes con TDM leve a moderado. En ciertos lugares estas intervenciones no son de fácil acceso o son rechazada y el costo también es un factor a tenerse en cuenta.

Si la terapia cognitivo conductual (TCC) o la terapia interpersonal (TIP), están disponibles en tu comunidad, es bueno el integrarlos como parte del tratamiento de la depresión en jóvenes. Sin embargo, si hay que hacer una larga lista de espera o simplemente no están disponibles, el tratamiento debe consistir en medicamentos, actividades para mejorar el estado de animo y apoyo. Recuerde que la ideación e intentos suicidas son comunes en el TDM y pueden presentarse durante el tratamiento con TCC o TIP. Por lo tanto, los pacientes (incluso aquellos que no están siendo tratados con medicados) deben ser monitoreados de cerca para identificar pensamiento o conducta suicida a lo largo del tratamiento.

Existen evidencias de que la TCC tiene un efecto positivo adicional cuando es combinado con un tratamiento medico. Por ejemplo, añadir TCC al tratamiento con fluoxetina, que es un Inhibidor de la Recaptura de Serotonina (SSRI) disminuye la probabilidad de ideación suicida versus la fluoxetina sola.

Ya sea que el joven con TDM reciba o no TCC o TIP, recomendamos el tratamiento con fluoxetina ya que tiene los mejores resultados clínicos en cuanto a eficacia. Aún así, recomendamos enfáticamente que no se administre la fluoxetina sin un marco de seguimiento y fuera del encuadre de atención que se describe en esta sección (visitas cara a cara, contacto electrónico, APA –evaluación del riesgo suicida, etc.).

### **Un punto clínico importante:**

Los medicamentos no deben ser utilizados en jóvenes con síntomas leves de depresión, disforia, desmolarización o malestar. Sólo están indicados para el TDM. Si no está seguro que se trata de un TDM, es mejor activar las conductas promotoras del bienestar así como el acercamiento de apoyo, y monitorear de cerca, en búsqueda de cambios sintomáticos o presencia de riesgo suicida. No se apresure a medicar, a menos que exista evidencia suficiente para hacerlo.

## **Apoyo Psicoterapéutico para Adolescentes (APA) Puntos Prácticos para Prestadores de Cuidados de Salud de atención primaria, que Tratan la Depresión Adolescente (PST por sus siglas en ingles):**

Esta herramienta aporta al clínico sugerencias sobre cómo interactuar con el joven

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Acercamiento</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sea amigable, sin ser amigo</li><li>• Cree un espacio de apoyo</li><li>• Establezca confidencialidad y límites a la confidencialidad (en caso de auto agresión, riesgo suicida, etc.) sea muy <u>CLARO</u> con respecto a éstos</li></ul>  |
| <b>Enfóquese en el presente</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ayude a identificar los problemas más importantes que se suscitan el momento actual</li></ul>  |
| <b>Concéntrese en el problema</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ayude al joven a encontrar soluciones prácticas para sus problemas</li></ul>   |
| <b>Eduque</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aporte información sobre la depresión y su tratamiento (aplique el KADS, TeFA)</li></ul>   |
| <b>Responda</b>                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Esté disponible para asuntos urgentes vía telefónica, correos electrónicos y mensajes de texto dentro de las horas de trabajo</li><li>• Agende visitas breves cara a cara que no interfieran con el horario escolar (15-20 minutos)</li><li>• Monitoreé y promueva las actividades para el bienestar bienestar (dormir, ejercicio, buena alimentación, etc.)</li><li>• Proporcione información referente a sitios de atención fuera de horario de oficina o en caso de una emergencia.</li></ul> |

## Cómo crear un ambiente de apoyo

Recuerde llevar acabo las siguientes sugerencias dentro de un marco de apoyo y escucha activa.

- 1 Actitud compasiva sin emitir juicios, y manteniendo una postura realista
- 2 Escuche activamente: contacto visual, indicadores verbales (“ah”, “continúe”) y no verbales (asentir) de que se está escuchando
- 3 Aclare (“ayúdeme a entender mejor”, “¿puede explicarme a qué se refiere con?”, etc.)
- 4 Identifique emociones (“parece que te estás sintiendo frustrado”, etc.)
- 5 No trate de comprender de inmediato al joven – es probable que se equivoque
- 6 Si no sabe de qué está hablando, pregunte
- 7 Si no sabe la respuesta a una pregunta, admítalo y busque la respuesta.

Recuerde que el involucrar a los padres o al cuidador es necesario durante la evaluación y el tratamiento de la depresión en adolescente. Cada que sea posible, debe recabarse información sobre el estado emocional y funcionamiento del joven a partir de los padres o cuidador. Es común que los comentarios difieran entre padres y adolescentes, cuando esto suceda, entrevístelos de manera conjunta para aclarar y planear óptimamente las intervenciones. Sin embargo, sea cuidadoso de mantener la confidencialidad durante este proceso.

La confidencialidad es importante pero tiene límites, uno debe romper la confidencialidad cuando el joven o una tercera persona se encuentra en peligro (planes o conductas autolesivas - suicidas, abuso, ideas o planes homicidas). El uso de drogas debe ser discutido con el joven y decidir en qué momento el mal uso o abuso debe ser comentado con los cuidadores.

## Antidepresivos en el TDM Adolescente

La intervención para el tratamiento de la depresión en el adolescente que ha mostrado mayor eficacia en el primer nivel de atención, es el uso de la fluoxetina. Recomendamos que sea esta la primera línea de tratamiento y que se dejen los demás tratamientos para ser utilizados por servicios de salud mental secundarios o terciarios o para aquellos que muestren intolerancia o falta de respuesta a la fluoxetina.

No se recomienda el uso aislado de la fluoxetina, sino su combinación con TCC, actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo. Se puede combinar

alternativamente con TIP, actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo. Si no están disponibles ni CBT ni IPT, de igual forma se sugiere el uso de actividades de mejora del bienestar y acercamiento de apoyo.

El tratamiento con fluoxetina mejora de manera significativa los síntomas depresivos y disminuye la ideación suicida. Sin embargo, algunas personas pueden presentar aumento de intentos de auto-daño o ideación suicida durante el tratamiento con fluoxetina. Por esta razón, debe hacerse una valoración sistemática del riesgo suicida como parte del tratamiento con fluoxetina ([ver Health Canada Advisory for Fluoxetine](#)).

A continuación se expone mayor información referente al uso de la fluoxetina y el suicidio en el adolescente. Si ha decidido utilizar la fluoxetina como tratamiento, sugerimos seguir los siguientes 12 pasos, los cuales pueden ser personalizados e integrado a su práctica profesional.

## Temas a Considerar cuando sé Monitorea el Tratamiento con IRSS

Los siguientes 12 pasos aparecen en Kutcher, S., Gardner, D. & Virani, A. (2004) *A Suggested Careful Monitoring to SSRI Treatment*. Child and Adolescent Psychopharmacology News, 9 (4): 3-4.

CAPN está publicado por [Guilford Press](#) y editado por Dr. Stan Kutcher.

### Primero

No hacer daño. Esto no significa no dar tratamiento. Significa hacer un análisis riesgo-beneficio apropiado. Y asegúrese de que esta evaluación haya sido discutida ampliamente con el paciente/familia.

### Segundo

Asegúrese de que el paciente tenga un trastorno depresivo mayor. Esto implica que se haya llevado a cabo el diagnóstico de manera apropiada y que exista una disfunción evidente. El medicamento no debe ser usado para tratar síntomas depresivos aislados, sino el trastorno depresivo mayor. Recuerde que el umbral del diagnóstico se encuentra tanto en el número total de criterios propios del síndrome, cómo en cada uno de los criterios. Por ejemplo, no podríamos llamar "dificultad para dormir" a 20 a 30 minutos de insomnio una o dos veces a la semana.

### Tercero

Busque cuidadosamente la presencia de otros síntomas psiquiátricos que pueden indicar otro trastorno mental. Por ejemplo, si el paciente presenta un estado prodrómico de psicosis, este puede asemejarse a una depresión mayor. Recuerde que el tener síntomas depresivos no implican tener un trastorno depresivo.

### Cuarto

Verifique si hay síntomas de ansiedad (especialmente pánico) o impulsividad. Estos ponen al paciente en mayor riesgo de presentar efectos adversos de tipo conductual durante el tratamiento con SSRI.

### Quinto

Corrobore los antecedentes familiares especialmente buscando trastorno bipolar. Recuerde que casi dos terceras partes de los adolescentes con

trastorno bipolar, se presentan ante el clínico primero como depresión. El antecedente pone al paciente en mayor riesgo de presentar efectos adversos de tipo conductual durante el tratamiento con IRSS.

#### **Sexto**

Antes de iniciar el tratamiento, evalúe los síntomas somáticos actuales, principalmente irritabilidad, agitación, inquietud entre otros.

#### **Séptimo**

Mida los síntomas depresivos y ponga especial atención a la tendencia suicida. El KADS, representa una sencilla herramienta de autoevaluación, está validada en esta población y puede aportar una base de trabajo así como perspectivas de resultados al tratamiento. Recuerde que el IRSS puede incrementar ocasionalmente la ideación suicida, y por eso muy importante como parte de la evaluación riesgo-beneficio determinar si la ideación esta presente antes de iniciar el tratamiento.

#### **Octavo**

Dé a la familia y al paciente información comprensiva sobre la enfermedad y las diferentes opciones de tratamiento. Tenga en su oficina literatura disponible sobre el tema, así como una lista de sitios de internet confiables a los que hacer referencia. Recuerde, la psicofarmacología de la depresión no se considera un tratamiento de emergencia médica. Tómese el tiempo necesario para estar seguro del diagnóstico y hablar con la familia y el paciente antes de comenzar el tratamiento.

#### **Noveno**

Si se escoge un SSRI, asegúrese de dar al paciente y su familia la información apropiada sobre los posibles efectos secundarios (tanto conductuales como somáticos), además de hablar sobre el tiempo esperado para ver respuesta, la duración del tratamiento. Lo ideal sería realizar una nota consentimiento en el expediente clínico y que todos los implicados la firmen.

#### **Décimo**

Después de hacer las pruebas de laboratorio pertinentes (en el caso de los IRSS, solo se considera a la prueba de embarazo como necesaria), inicie con una dosis pequeña como prueba, preferiblemente cuando el joven pueda ser supervisado por un adulto que tenga conocimiento de que se está iniciando una dosis de prueba y pueda contactarle en caso necesario. Pida al paciente y su familia que monitoree posibles efectos adversos diariamente. Asegúrese que

tengan un número telefónico donde encontrarlo por si presentan problemas y agende una cita con su paciente 3-4 días después de haber iniciado el tratamiento.

### **Once**

Aumente la dosis lentamente, con intervalos no menores a 3-5 días hasta alcanzar la dosis terapéutica (la dosis diaria mínima efectiva), y espere entre 6-8 semanas para determinar la eficacia. No inicie el medicamento sin al menos haber propuesto psicoterapia de apoyo ya sea con técnicas cognitivas o interpersonales. Vea al paciente **semanalmente** y establezca vías para contactarlo en caso de que surjan dudas sobre el aumento de dosis o presente síntomas adversos. Lleve un registro de los eventos adversos en cada visita (utilice como guía la escala inicial para evaluar los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo) y evalúe las mejorías en las semanas 2, 4, 5 y 6.

### **Doce**

Tome ventaja del efecto placebo (el cual se ha demostrado que es muy alto en los adolescentes deprimidos). Promueva un acercamiento similar al que se lleva a cabo en ciertos estudios en cuanto a un contacto temprano cara a cara, desarrollar una relación de confianza y apoyo, tratar de medir las respuestas tanto objetiva como subjetivamente, revisar cuidadosamente los efectos secundarios, la tolerancia general, las preocupaciones y la satisfacción con el tratamiento.

Los anteriores 12 pasos propuestos representan una adecuada intervención terapéutica y es consistente con el monitoreo cuidadoso propuesto por la FDA y otras organizaciones. Quizá no quite totalmente los efectos secundarios pero sí los reducirá, y le ayudará a identificarlos rápidamente para que pueda intervenir de manera apropiada.

## **Iniciando y Continuando el Tratamiento con Fluoxetina\***

- 1 Inicie lento y avance lento
- 2 Comience con 10 mg diarios (sí hay síntomas de ansiedad importantes, inicie con 5 mg)
- 3 Continúe con 10 mg durante una o dos semanas y entonces aumente a 20 mg
- 4 Continúe los 20 mg durante mínimo 8 semanas
- 5 Si al aumentar a 20mg se presentan efectos secundarios problemáticos, disminuya la dosis a 15 mg diarios espere una semana y entonces suba a 20 mg. Si los efectos secundarios se repiten, continúe la dosis de 15 mg por lo menos durante 8 semanas.

\* El [modelo de acercamiento de apoyo basado en el APA](#) debe ser utilizado en cada visita como un marco de trabajo dentro del cual se pueda estructurar la interacción con el paciente adolescente.

### Alerta roja para referir a un paciente

Si un joven con depresión severa presenta intento suicida, refieralo inmediatamente a un servicio de salud especializado en salud mental. En caso de depresión severa con síntomas psicóticos o plan suicida también se requiere de una referencia urgente.

## Evaluación y Monitoreo del Funcionamiento

La funcionalidad limitada, es un componente esencial en el diagnóstico del TDM adolescente. En los jóvenes, se debe llevar a cabo una valoración del funcionamiento prestando atención a cuatro áreas. El recuperar la funcionalidad es uno de los objetivos que se buscan con el tratamiento.

### Cuatro áreas a revisar:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1. <b>Escuela</b> | Calificaciones, relación con maestros, ausencias         |
| 2. <b>Hogar</b>   | Relaciones con los padres/hermanos y actividades en casa |
| 3. <b>Trabajo</b> | Rendimiento laboral, relaciones laborales                |
| 4. <b>Amistad</b> | Amigos, relaciones íntimas, actividad sexual             |

La [Evaluación de Funcionamiento en el Adolescente \(TeFA por sus siglas en inglés\)](#) se ha creado para ayudar al proveedor de servicios de salud de atención primaria, en la evaluación de los cuatro componentes antes mencionados, Los clínicos pueden utilizar el TeFA sin necesidad de tener permiso escrito del autor. Algunos pueden preferir el integrar solo algunos puntos del TeFA en sus entrevistas regulares sin utilizar toda la herramienta.

## Monitoreando el Tratamiento

La respuesta y los efectos secundarios deben monitorearse de manera regular a lo largo del tratamiento\*. La siguiente tabla se sugiere como guía. Para valorar los efectos secundarios, utilice la Escala corta para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher Short **Chehil-Kutcher Side Effects Scale (sCKS)** como se muestra en la siguiente página.

Instrumento	Línea Base	Día 1	Día 5	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
KADS	✓				✓		✓		✓	✓	✓
TeFA	✓				✓		✓		✓	✓	✓
sCKS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

\* El [modelo de acercamiento de apoyo basado en el APA](#) debe ser utilizado en cada visita como un marco de trabajo dentro del cual se pueda estructurar la interacción con el paciente adolescente.

## Efectos Secundarios

Los efectos secundarios al tratamiento farmacológico, son aquellos efectos físicos, emocionales o conductuales, que son causados por la medicación. Para evaluar los efectos secundarios, se debe llevar a cabo una evaluación sistemática de los problemas comunes a través de evaluaciones estructuradas y semi-estructuradas.

**Semi-estructuradas:** Una manera útil y sencilla de hacer evidentes los efectos secundarios es preguntar: “¿Ha sentido algún cambio en tu cuerpo que creas se debe al medicamento?”

**Estructuradas:** Una escala útil para medir los efectos secundarios se presenta a continuación, esta puede ser utilizada en cada consulta.

## Escala breve para los Efectos Secundarios de Chehil – Kutcher {Short Chehil-Kutcher Side Effects Scale (sCKS)}\*

Ítem	Nulo	Leve	Moderado	Agudo
Dolor de cabeza				
Irritabilidad/ Enojo				
Inquietud				
Diarrea				
Problemas sexuales				
Pensamientos suicidas				
Intentos de hacerse daño	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si respondió que si, descríbalo:  Se trató de un intento suicida (intención de morir) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
¿Algún otro problema?	1.  2.			

El uso de la Escala corta para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher para propósitos clínicos y no requiere de permiso del autor. Sin embargo no debe utilizarse para otros propósitos tales como publicaciones a menos que se cuente con el consentimiento escrito de los autores.

La versión extendida de la Escala para Efectos Secundarios de Chehil y Kutcher(CKS), se encuentra disponible bajo las mismas términos que la sCKS.

[Dar clic aquí para acceder a la versión extendida del Chehil Kutcher Side Effects Scale.](#)

## **Hipomanía**

La hipomanía es un efecto secundario que se presenta en raras ocasiones con el tratamiento farmacológico para la depresión. Los síntomas de la hipomanía son los siguientes:

- 1) Disminución de la necesidad de dormir- sensación subjetiva de que no es necesario dormir
- 2) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora (incluyendo inquietud)
- 3) Aumento de la autoestima o sentimientos de grandiosidad
- 4) Distractibilidad
- 5) Más hablador de lo habitual o verborreico
- 6) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento va más rápido

Si se presenta hipomanía, suspenda el medicamento inmediatamente y refiera al paciente a un servicio de salud especializado en salud mental. Recuerde que los antecedentes familiares de trastorno bipolar, aumentan la probabilidad de presentar hipomanía.

## He terminado las 8 semanas de 20 mg/diarios – ¿ahora qué?

Basado en la respuesta al tratamiento se sugieren las tres estrategias siguientes.

### VERIFIQUE SIEMPRE QUE EXISTE BUEN APEGO AL TRATAMIENTO

Uno	Resultado	Estrategia
	El paciente no ha mejorado o su mejoría ha sido mínima. KADS continua siendo igual o mayor a 6, más nula o casi nula mejoría en la funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumente gradualmente la dosis de fluoxetina a 30 mg y canalícelo a servicios de salud mental especializado en niños/adolescentes</li><li>• Continúe el monitoreo semanal y las demás intervenciones hasta la siguiente consulta</li></ul>
Dos	Resultado	Estrategia
	Mejora moderada del paciente. KADS de 4 ó 5. Cierta mejoría funcional (50-60% según TeFA)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si se está tolerando bien el medicamento, aumentar a 30 mg diarios y continuar monitoreo e intervenciones durante 2 a 4 semanas, entonces reevalúe. Si no hay mayor mejora, canalice al paciente a un servicio especializado.</li><li>• Si no se tolera bien la medicación, continuar a 20 mg diarios con monitoreo y continúe las otras intervenciones por 2 semanas, reevalúe nuevamente. Si no hay mejoría, canalice a un centro especializado.</li></ul>
Tres	Resultado	Estrategia
	El paciente mejoró substancialmente. KADS por debajo de 6 y mejoría importante del funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Continúe fluoxetina a 20 mg diarios</li><li>• Gradualmente disminuya la frecuencia de las visitas e intervenciones a una cada dos semanas por dos meses y posteriormente cada mes.</li><li>• Eduque al paciente y a los</li></ul>

		<p>cuidadores para que continúen el medicamento y sepan cómo identificar posibles recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es un primer episodio, continúe el medicamento por 9-12 meses antes de decidir discontinuarlo. Si se discontinúa escoja una ventana adecuada (periodo de poco estrés) y disminuya gradualmente (durante 4 a 6 semanas) monitoreando cada 2 semanas.</li><li>• Programe chequeos, por ejemplo, una vez cada 3 meses, brinde datos para identificar una recaída.</li><li>• Si se trata de un segundo episodio o más, consiga una consulta de salud mental especializada durante el tratamiento.</li></ul>
--	--	---

Las dosis de fluoxetina que se utilizan en los servicios de salud mental especializados pueden ser mayores a las utilizadas en los centros de atención primaria. Los clínicos que monitoreen chicos que han sido tratados por especialista deben consultar las dosis con el especialista antes de iniciar los ajustes de dosis.

## Verificar que existe un adecuado apego al tratamiento

Determinar si se está cumpliendo con el tratamiento puede ser una tarea difícil. El predecir de manera anticipada la probabilidad de que no haya buen apego puede ser de utilidad. Mencione al joven que es normal que en alguna ocasión se le olvide tomar el medicamento y que si sucede, no es cosa grave y puede continuar con el tratamiento de forma normal. De tal forma si eso sucede, el paciente no sentirá culpa y continuará con el tratamiento.

Farmacológicamente, saltarse una dosis de manera ocasional, no causa mayor problema, ya que los niveles séricos de la fluoxetina se mantienen estables, debido a que su vida media es muy larga (5 –7 días).

### Existen tres métodos útiles para monitorear y evaluar la adherencia al tratamiento.

- 1) Pregunte al joven sobre el uso de medicamentos. Por ejemplo “¿Cómo te ha ido con la medicina?” o “Como ya habíamos comentado, a veces puede pasarte que olvides tomar una dosis. ¿Cuántas veces te ha sucedido desde que platicamos la última vez?”. Es importante no juzgar estos olvidos, se trata más bien de reconocer que es difícil recordar todas las tomas y ofrecer ayuda para evitarlo. Si hay poca adherencia al fármaco, es necesario hablarlo de manera directa, de tal forma que se comprenda las razones de esta dificultad. Una vez identificadas, pueden buscarse soluciones.
- 2) Pregunte a los padres sobre el uso del medicamento del joven. Algunas familias eligen a los padres como los responsables para verificar las dosis. Aún así, hay que preguntar al joven si está llevando a cabo el tratamiento como se planeó.
- 3) Un contador de pastillas puede ser útil. Pídale al joven y/o a sus padres que traigan el contador a cada cita. Sin embargo, que el frasco esté vacío no implica que se esté llevando a cabo el tratamiento de manera adecuada. Por esta razón, es necesario preguntarle al joven sobre su adherencia al tratamiento.

## Duración del Tratamiento

Una vez que se presenta una mejoría importante, surge el tema de la duración del tratamiento. Mantener el tratamiento por un tiempo definido es recomendado por las siguientes razones:

1. Permite la mejoría de ciertos síntomas y áreas del funcionamiento que requieren más tiempo para desarrollarse
2. Da oportunidad de que se sumen otro tipo de intervenciones: por ejemplo, el añadir terapia cognitivo conductual a un tratamiento inicialmente basado en fármacos.
3. Disminuye la probabilidad de recaídas

4. Disminuye la posibilidad de desarrollar un trastorno mental asociado (por ejemplo: abuso de sustancias o trastorno de ansiedad social)

Actualmente, hay pocas investigaciones sobre la duración del tratamiento continuo posterior a la recuperación. Aún así, sugerimos lo siguiente a partir de datos y experiencia clínica:

1. Continúe con la misma dosis de medicamento que fue utilizada para lograr la recuperación
2. Continúe con el mismo tratamiento que utilizó para lograr la recuperación durante mínimo 6-9 meses.
3. Eduque al paciente sobre los signos y síntomas que puede indicar una recaída e invítelo a acudir a revisión clínica de inmediato si los presenta
4. Motive al joven a llevar a cabo visitas de monitoreo de la salud mental de forma programada.
5. Si decide discontinuar la medicación, evite hacerlo en momentos de estrés agudo (por ejemplo, periodo de exámenes o mudanzas)
6. Si decide discontinuar el medicamento, disminuya la dosis gradualmente durante un periodo de alrededor de 3 meses y monitoree para identificar signos de recaída.
7. Aconseje que se mantengan las actividades que mejoran el bienestar tales como: Buena alimentación, ejercicio, uso limitado de alcohol, evitar uso y abuso de drogas ilegales.

Si el paciente recae estando dentro de un tratamiento adecuado, evalúe:

1. Apego al tratamiento
2. Presencia de abuso de sustancias reciente
3. Presencia de estresores recientes que limiten la capacidad del paciente a adaptarse
4. Surgimiento de otra posibilidad diagnóstica alternativa (esquizofrenia, trastorno bipolar)

Se sugiere que se canalice con un especialista de la salud mental si la recaída ocurre dentro de un tratamiento continuo adecuado.

## **Evaluación del Suicidio**

Un factor de riesgo suicida importante en los jóvenes, es el no identificar ni tratar un trastorno mental como la depresión. El riesgo suicida aumenta si de manera adicional se presentan los siguientes factores:

- 1 Antecedentes familiares de suicidio
- 2 Abuso de sustancias
- 3 Antecedentes personales de impulsividad
- 4 Desamparo

- 5 Problemas con la ley
- 6 Intentos suicidas previos
- 7 Acceso a medios letales (como armas de fuego)

El suicidio es más común en varones, y los intentos de lastimarse son más comunes en las chicas.

La evaluación suicida debe llevarse a cabo siempre que se sospeche de una depresión y durante momentos específicos del tratamiento. Durante las visitas a lo largo del tratamiento, el KADS ayuda a que el paciente registre si presenta ideación, planes o actos suicida. Se debe poner especial atención al riesgo suicida durante el tratamiento y monitoreo de la depresión sí:

- 1 Ocurre un estresor vital agudo
- 2 Un amigo o colega comete suicidio
- 3 Una figura pública se suicida
- 4 Los medios de comunicación comentan un suicidio exitoso

En estas situaciones debe explorarse el impacto con respecto a las tendencias suicidas del paciente durante las visitas de monitoreo e intervención.

## **Instrumento para la Evaluación del Riesgo Suicida en Adolescentes: TASR-A (por sus siglas en ingles) {Tool for Assessment of Suicide Risk in Adolescents}**

El Dr. Kutcher y la Dr. Chehil han desarrollado una herramienta clínica de gran utilidad para ayudar al prestador de salud mental en la evaluación del riesgo suicida. El [Instrumento para la Evaluación del Riesgo Suicida en Adolescentes \(Tool for Assessment of Suicide Risk in Adolescents: TASR-A\)](#) está disponible en formato pdf y puede ser reproducido con el permiso escrito de los autores. La guía de uso se incluye en el conjunto de herramientas.

El TASR-A ha sido desarrollado por médicos y prestadores de salud mental con experiencia en la evaluación y tratamiento de jóvenes con trastorno depresivo. El TASR-A no puede ser utilizado para otros propósitos que no sean clínicos, a menos que se cuente con el consentimiento escrito de los autores.

Los prestadores de salud que deseen asistir a una sesión de entrenamiento sobre el uso del TASR-A y la evaluación del riesgo suicida en los jóvenes puede llamar al +1 (902) 470-6598 para más información.

### **Evaluando el Riesgo Suicida**

El riesgo suicida debe ser valorado durante el tratamiento. Se debe prestar más atención a este riesgo si se muestran los indicadores abajo señalados. No todos los jóvenes que deciden suicidarse admitirán su plan pero la evaluación de la ideación y planes suicidas ayudará a identificar a aquellos chicos que se encuentren en mayor riesgo, de tal forma que pueda hacerse una adecuada intervención (incluyendo la hospitalización si se ha llevado a cabo un intento suicida).

#### **Ideación suicida**

- Preguntar sobre ideas acerca de morir, dejar de vivir o cometer suicidio
- Preguntar si se siente sin esperanzas –EL JOVEN DEPRIMIDO QUE SE SIENTE DESESPERANZADO SE ENCUENTRA EN MAYOR RIESGO- No todos los que son diagnosticados con TDM se sienten sin esperanza.

## Plan suicida

- 1 Si el joven admite la ideación suicida o sentimientos de desesperanza, preguntar SIEMPRE por planes suicidas

Si basado en su juicio clínico considera que el joven se encuentra con alto riesgo suicida, esto representa una emergencia médica. En este caso, contacte con un adulto responsable del joven y refiéralos para una evaluación especializada. Asegúrese de anexar al informe de referencia una copia de su evaluación, así como los datos necesarios para contactarlo. Si puede usted hacer el contacto con el especialista al que va a referir al paciente, esto puede ser de mucha ayuda.

Los jóvenes con ideas suicidas persistentes e intentos de auto-daño frecuentes deben ser referidos a servicios de salud mental especializados para su tratamiento continuo.

## Plan de Seguridad y Contingencia

La seguridad del paciente es sumamente importante y está por encima de cualquier otra consideración. Hé aquí algunas sugerencias para ayudar a que el adolescente deprimido esté seguro. Si el prestador de atención primaria se encuentra preocupado por la seguridad del adolescente se debe obtener una consulta en un centro especializado en salud mental. (ver más abajo).

**Tarjetas con lista de Contacto de Emergencia:** consiste en números de emergencia (por ejemplo, servicios de salud mental, salas de emergencia, etc.). Se puede anotar en una tarjeta de bolsillo que pueda ser llevada siempre por el joven. También pueden utilizarse otros métodos, como el mantener los teléfonos en un mensajes de texto.

**Disponibilidad del Prestador de Salud:** el suicidio y el riesgo surgen frecuentemente ante eventos estresantes. Una estrategia útil es permitir que el joven y/o sus padres tengan acceso fácil al prestador de salud mental de primer contacto (ya sea por teléfono o correo electrónico).

**Líneas de Auxilio:** aunque no se ha demostrado el ayudar a disminuir el número de suicidios, estas pueden ser un recurso valioso para joven en crisis. Si existe una línea de este tipo en su área facilite el número al adolescente, para que se ponga en contacto en caso necesario.

**Contrato de No Suicidio:** esta intervención aunque popular entre algunos médicos, no ha mostrado disminuir las tasas de suicidio. Y no se recomienda su uso.

## Señales para referir

Son tres situaciones en las que se debe referir al joven con TDM para que sea atendido en un servicio especializado en salud mental. Los siguientes indicadores de referencia son solo una sugerencia. Cada prestador de servicios de salud de atención primaria debe identificar su propio nivel de seguridad/confort en relación al trabajo con adolescentes deprimidos, y tomar sus propias decisiones. Las sugerencias son las siguientes:

### Referencia de Emergencia (referir antes de iniciar el tratamiento si el paciente presenta:)

- Ideación suicida con intento o plan suicida
- TDM con psicosis (presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes)

### Referencia en caso de Urgencia (puede haberse iniciado el tratamiento pero ahora debe hacerse la referencia):

- El paciente había respondido adecuadamente al tratamiento, pero presenta una recaída aun estando bajo tratamiento
- Ideación suicida persistente con o sin intento o plan suicida
- Antecedentes familiares de Trastorno Bipolar
- Antecedentes de intentos suicidas
- Hipomanía

### Referencia Común:

- Cuando el TDM no responde a la intervención inicial en el primer nivel de atención

## Páginas de Internet sugeridas

- 1 Resources for families and health providers can be found on GLAD PC website [www.gladpc.org](http://www.gladpc.org)
- 2 Texas TMAP website, and the Families for Depression awareness has a toolkit for families and patients at [www.familyaware.org/parentandteenguide.php](http://www.familyaware.org/parentandteenguide.php)
- 3 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - [www.aacap.org](http://www.aacap.org)
- 4 Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health [www.teenmentalhealth.org](http://www.teenmentalhealth.org)

## Lecturas Sugeridas

Albrecht, A. *Managing Crisis and Emergencies in the Course of Treatment*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 194-208.

Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. *Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A Review of the Evidence* N Z Med J. 2007 Mar 23;120(1251)

Brooks, S. (2004) *The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)*. Child & Adolescent Psychopharmacology News, 9, 54, 4-6

Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2001). *Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11, 341–376.

Brooks, S.J., Krulewicz, S., & Kutcher, S. (2003). *The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 337–349.

Carandang, C. & Martin, A. *Clinical Assessment of Children and Adolescents With Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 23-42.

Cheung, A., Emslie, G. and Mayes, T. (2006) *The use of Antidepressants to Treat Depression in Children and Adolescents*. Can Med Assoc Journal, 174: 193-198.

Cheung, A. & Zuckerbrot, R. *Managing Depression in Primary Care*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 253-273.

Emslie, G., Rongrong, T., Croarkin, P. & Mayes, T. *How to use Medication to manage Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 69-86.

Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., et al. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial* BMJ. 2007 Jul 21; 335(7611):142.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., et al. *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years*, J. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2003), 42:4, 386-405.

Kutcher, S., Chehil, S. *Adolescent Depression and Anxiety Disorders* in Neinstein, L. S. et al *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5<sup>th</sup> edition. Wolters, Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia, 2008. pp. 994-1017.

Kutcher, S., Chehil, S. (2006) *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Wiley-Blackwell.

Kutcher S, Gardner DM. *SSRI Use and Youth Suicide: Making Sense of a Confusing Story* *Current Opinion in Psychiatry*. 2008 Jan; 21(1):65-9.

Kutcher, S., McDougall, A. & Murphy, A. *Preventing, detecting, and managing side effects of medication*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 174-193.

Kutcher SP, Szumilas M. *Youth suicide prevention* *CMAJ*. 2008 Jan 29; 178(3):282-5

Lau, J., Eley. T. (2008) *Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms* *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (2), 142–150

LeBlanc, J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2002). *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 113–126.

MacMaster FP, Kusumakar V. (2004) *Hippocampal volume in early onset depression* *BMC Med*. Jan 29; 2:2

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., et. al (2005) *Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review*, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, No. 16

March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al (2004) *Treatment for Adolescent with Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial*. *JAMA*; 292(7): 897-820.

Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009.

Scahill L, Hamrin V, Pachler ME. *The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents with Major Depression* *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005 Apr-Jun; 18(2):86-9.

Spielmanns G., Pasek L. F., McFall J.P. *What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review* *Clin Psychol Rev*. 2007 Jun; 27(5):642-54.

Weiss, J.R., McCarty, C.A. and Valeri, S.M. (2006) *Effects of Psychotherapy for*

*Depression in Children and Adolescents: a Meta-analysis.* Psychol Bull. 132 (1): 132-149.

Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, et al *Neurobiology of Depression in Children and Adolescents* Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006 Oct;15(4):843-68,

## Apéndice I: Estudio de Caso

**Abril 15, 2006**

MJ es una chica de 16 años que llega para control de natalidad. Admite ser sexualmente activa desde hace un mes, y aunque su novio usa condón le ha sugerido tomar la píldora. Su historia clínica es impecable salvo por múltiples problemas somáticos (Dolores de estómago y cabeza) y dos episodios cortos de rechazo a la escuela (en primer y tercer grado). Siempre ha sido algo tímida y ansiosa pero no ha sido diagnosticada con trastorno de ansiedad. Hace 11 años su madre fue tratada exitosamente por un episodio depresivo mayor, con fluoxetina. Su padre ha tenido problemas con abuso de alcohol pero no reúne los criterios para dependencia o abuso de alcohol.

Detalles: Esta adolescente tiene mayor riesgo de depresión ya que la madre tuvo TDM, por sus síntomas de ansiedad notables en la infancia y quizá por la historia de abuso de alcohol del padre. Aunque llega contigo por control de natalidad, la información que tienes de su historia familiar te facilita informarle a ella y a su familia sobre su estatus de riesgo alto (ver Tabla de Identificación de Riesgo) y ofrecer las intervenciones de mejora de salud como las actividades de bienestar mental halladas en la “Receta para Mejora del Estado de ánimo” de este programa. Además, puedes darle a ella y su familia información sobre los recursos (ver páginas de internet en este programa) para que las revisen y discutan. Idealmente, querrán hacer una cita a futuro contigo para saber qué señales indican el inicio de la depresión y qué hacer si sospechan que MJ se está deprimiendo. En este sentido, se pueden agendar visita cada 4-6 meses.

**Caso: Julio 24, 2006**

La madre de MJ llama diciendo que la chica ya no es la misma, ha estado deambulando por la casa, ha perdido el apetito y parece infeliz. La madre lo atribuye a la ruptura con el novio. Agendas una cita con MJ en la oficina. Su puntuación de KADS-6 es de 8, y el TASR-A no registra conflictos urgentes relacionados con el suicidio. MJ pasa la hora hablándote de lo mal que se siente tras la ruptura con el novio y sobre un pequeño episodio de pánico que tuvo cuando lo vio en un centro comercial.

Detalles: La pregunta es si MJ ha estado deprimida durante este tiempo o está mostrando malestar tras la ruptura amorosa. Se puede iniciar el esquema de monitoreo diagnóstico utilizando el KADS como se comenta en el “Acercamiento clínico al posible TDM Adolescente en Atención Primaria”. En este momento puede planear una visita para brindar una intervención psicoterapéutica breve pasada en el modelo PST y aplicar la “Receta para mejoría del estado del ánimo”. Esto permitirá monitorearla durante un tiempo y lograr una alianza terapéutica que servirá en el futuro, también servirá para hablar sobre el tema de confidencialidad y requerirá del involucramiento por parte de los padres. Planeé verla una semana

después de esta cita y recuérdale que puede llamar en caso necesario.

### **Caso: Agosto 4, 2006**

MJ viene a su cita de seguimiento. El puntaje de Kads es de 3 y se encuentra ansiosa porque ira a pasar las vacaciones con su familia en una cabaña.

Detalles: Claramente se puede ver que se trató de un episodio de malestar y no del inicio de un trastorno. No se requiere más intervención más que repasar con ella lo que debe hacer en un futuro si se empieza a sentir deprimida.

### **Caso: Noviembre 13, 2007**

La madre de MJ llama preocupada por el pobre desempeño escolar, de su hija durante el último mes. MJ ha partido a la Universidad pensando que todo estaría bien pero la semana pasada su consejero les llamó comentando que MJ estaba faltando a muchas de sus clases, y que uno de sus amigos pedía ayuda ya que MJ estaba alejándose de ello y quedándose sola en su cuarto a beber. En ese momento, agendas una cita para ver a la chica.

Cuando ves a MJ comenta que durante 6 semanas a estado deprimiéndose cada vez más, con trastornos del sueño, pérdida del apetito, fatiga y pérdida de interés en la escuela y en actividades sociales. Ha perdido muchas de sus clases las últimas dos semanas y admite beber mucha cerveza diariamente argumentando que "la hace sentir mejor".

Su puntaje de KADS es de 12 y confirma muchos de los reactivos del TASR-A (incluyendo pensamientos ocasionales de que la vida no vale la pena), lo que provoca preocupación sobre su bienestar, aunque no está activamente suicida. Usando el TeFA como guía, estableces que ha desarrollado problemas funcionales importantes en varias áreas. No está psicótica y niega uso de drogas. Hablan sobre su posible depresión y agenda una nueva cita dentro de 3 días para llevar a cabo una evaluación más completa y la invitas a llamarte si se siente mal y el platicar sobre la situación con sus padres, quienes además deberán monitorearla en casa. Les vuelves a dar información referente a sitios de internet enumerados en este programa y los invitas a leer sobre la depresión y su tratamiento.

Detalles: Parece que MJ está desarrollando un episodio depresivo mayor. Has llevado a cabo una evaluación sobre su seguridad y la necesidad de canalizarla, has establecido un curso en el tiempo para el problema, iniciado una valoración de la gravedad de los síntomas, así como conducido una evaluación de su funcionamiento. Has comprometido tanto a MJ como a su madre en una relación cooperativa contigo para atender sus problemas y han aceptado iniciar un ejercicio educativo que los traerá a la siguiente cita con más información, preguntas y quizá disposición para iniciar el tratamiento.

Ya que en tu práctica clínica tiene acceso a los servicios de un trabajador social, discutes el caso de MJ con ella y le pides que asista a la siguiente consulta.

### **Caso: Noviembre 16, 2008**

El día de hoy, la puntuación de MJ en el KADS es de 14 y está presentando pensamientos sobre la muerte más frecuentes aunque sin planes o ideas suicidas. El TASR-A permanece sin cambios con respecto a la última visita. Junto con la historia y los puntajes elevados del KADS, decides que es probable que tenga trastorno depresivo mayor y aplicas el KADS 11 para determinarlo.

Discutes las opciones de tratamientos con MJ y acepta asistir a terapia de apoyo con una trabajadora social así como tomar fluoxetina, ya que ha leído sobre el trastorno y su tratamiento. Tiene preguntas sobre el uso del medicamento – principalmente, la posibilidad de volverse adicta- que resuelves de manera satisfactoria. Completas la valoración a través del TeFA y la Breve Lista de Efectos Secundarios (Short Side Effects Check List) y recomiendas la fluoxetina utilizando “Iniciando y Continuando el Tratamiento con Fluoxetina” (“Initiating and Continuing Fluoxetine Treatment”) tal como se describe en el programa. Revisas las fechas posibles en las que se debe esperar una mejoría y agendas una cita para la siguiente semana con MJ y la trabajadora social utilizando el marco de trabajo PST, mientras MJ inicia la terapia de apoyo como se acordó.

Detalles: Aunque no seguiste al pie de la letra los tres puntos de sugerencias del KADS, la modificación hecha es válida por el contexto histórico de la chica, así como por los puntajes persistentemente elevados. El uso del TASR-A te proporcionó una visión general comprensiva sobre los recursos que puedes utilizar para evaluar el riesgo suicida y cómo preparar a los padres y a la misma MJ para un posible episodio depresivo (visita de abril 15, 2006), así como a identificar e intervenir de manera temprana. Lo anterior ha sido facilitado por la previa alianza terapéutica establecida previamente de manera positiva tanto con MJ como con su madre, lo que motiva que se acepte tu ayuda.

El hecho de que hayas involucrado a la trabajadora social fue muy apropiado, así como el re-educar a MJ y su madre sobre el tema de la depresión. Quizá esto ayudó a que el tratamiento fuese bien aceptado por parte de la madre y la hija y el que le des seguimiento utilizando la evaluación de los efectos secundarios facilita la posibilidad de monitorear problemas relacionados al tratamiento. El que los trabajadores sociales utilicen como guía el PST promueve que la terapia de apoyo y la farmacoterapia sigan una misma dirección.

### **Caso: Noviembre 24, 2008**

MJ va a tu despacho para un seguimiento. Su puntaje KADS es de 14 y no ha habido cambio alguno en la valoración de riesgo suicida utilizando la guía TASR-A. Revisas la escala de efectos secundarios y notas que, aunque se queja de dolor de cabeza, su puntaje es el mismo que antes del tratamiento. Te guías por el PST para discutir ciertos puntos y descubres su preocupación por los efectos secundarios mediante el uso de la lista de efectos secundarios. Revisas las expectativas de tiempo en que la mejoría debe ser notoria y agendas una cita para la siguiente semana. La joven comenta que la intervención de la trabajadora social fue de gran ayuda. La motivas a llevar a cabo la “Receta de Mejora del Estado de

Ánimo” lo más que pueda, mientras llega la siguiente cita y la invitás a llamarte si se siente peor o con ideas suicidas.

Detalles: Aquí se ilustra la importancia de la lista de efectos secundarios. Ésta les ha ayudado a saber que los dolores de cabeza no se relacionan con el fármaco, sino que ya los presentaba desde antes, favoreciendo el que el paciente se comprometa con el tratamiento.

Es importante estar revisando el tiempo de espera para las mejorías ya que éstas pueden demorar algunas semanas. Durante estas semanas, las visitas semanales a tu despacho así como el acercamiento a la trabajadora social pueden guiarse con la tabla de “Monitoreando el Tratamiento” (“Monitoring Treatment”) que se encuentra descrito en el programa, con el cual puedes llevar un registro de su progreso tanto de los síntomas como del funcionamiento, así como los eventos emergentes que pueden obstaculizan el tratamiento.

Durante este periodo se requiere de mucho apoyo, disponibilidad en situaciones de emergencia, monitoreo apropiado del riesgo suicida y citas semanales para revalorar.

Este tipo de intervención de apoyo son necesarias en los adolescentes, cuyo tratamiento empieza a hacer efecto aproximadamente 12 semanas de haber iniciado el medicamento, por lo que es importante conservar la relación de confianza y compromiso durante ese lapso de tiempo.

### **Caso Enero 12, 2009**

Ves a MJ el día de hoy. Su puntaje de KADS es de 3 y se ha mantenido en 5 ó menos desde hace 3 semanas. Comenta últimamente es capaz de concentrarse mucho mejor y siente ánimos de regresar a clases. Toma 20 mg de fluoxetina diarios y lo tolera bien. Continúa viendo a la trabajadora social pero ha decidido asistir a las sesiones cada dos semanas en vez de cada semana. Su funcionamiento (monitoreado a través del TeFA) ha mejorado significativamente. Quiere regresar a la escuela y pide tu consejo sobre cómo llevarlo a cabo, también te pregunta por cuánto tiempo tomará el medicamento?

Detalles: La duración del tratamiento médico después de una recuperación o remisión es un tema importante. Existe mucha información disponible sobre este tema. Se sugieren que el tratamiento se mantenga de 6 a 9 meses con la misma dosis para evitar recaídas. Las distintas investigaciones han propuesto que el riesgo de sufrir un segundo episodio depresivo en un rango de 5 años es del 70%, por esto el énfasis en continuar la medicación. Si existe la posibilidad de que MJ asista a TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) sería muy positiva, a pesar de que ya este mejorando. Esta fase del tratamiento esta dedicada a prevenir otro episodio y maximizar la recuperación. Se puede recomendar al joven no saturarse con los estudios, de tal forma que no se abrume con tensiones adicionales. Sería bueno que se le hiciera un seguimiento en el colegio, ya sea a través de un centro de salud para estudiantes o por servicios de orientación escolar, de tal manera que se mantenga una estrategia preventiva. Se debe estar alertas antes signos de recaída. Podrías revisar cómo se dio el primer episodio para poder estar pendiente

de las primeras señales, y ayudar a MJ a identificarlas y buscar ayuda rápidamente.

A algunos pacientes les funciona comunicarse con su prestador de atención primaria cuando regresan del colegio –para confirmar el uso del medicamento y monitorear proactivamente su salud mental. Si después de 6-9 meses decide concluir el medicamento, debe recomendársele que lo haga paulatinamente (en un periodo de 6-8 semanas) y que no lo haga en momentos de tensión intensa (como exámenes).