



REVISTA MÉDICA INTERNACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN

www.elsevier.es/ sd



AVANCES PSICOPEDAGÓGICOS

Depresión y síndrome de Down

B. Garvía Peñuelas

Centro Médico Down y Servicio de Atención Terapéutica de la Fundació Catalana Síndrome de Down, Barcelona, España

Recibido el 29 de enero de 2010; aceptado el 18 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Síndrome de Down;
Trastornos afectivos;
Psicoterapia

Resumen

Las personas con síndrome de Down, como el resto de la población, presentan problemas de salud mental que se deben diagnosticar, tratar y también prevenir. El aumento de depresiones en los últimos años resulta ser un tema preocupante que merece la atención de los profesionales y de las familias.

En esta población el diagnóstico de depresión es complicado, ya que sus manifestaciones pueden confundirse con otras patologías. En este artículo se define la depresión, se destaca la manifestación específica de los síntomas y se dan pautas para su diagnóstico y tratamiento. También se hace hincapié en la prevención.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Depression;
Down syndrome;
Affective disorders;
Psychotherapy

Depression and Down syndrome

Abstract

Like anyone else, people with Down syndrome can suffer mental health problems that require diagnosis, treatment and prevention. The higher number of depressions seen in recent years is a cause for concern and must be taken on by health professionals and families.

Depression is difficult to diagnose in people with Down syndrome as its symptoms can be mistaken with those of other conditions. This paper sets out to define depression, highlight the specific manifestation of symptoms and give guidelines on how it can be diagnosed and treated. Importance is also placed on prevention.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: beatriz@csd.org

En los últimos 10 años ha habido un aumento considerable de diagnósticos de depresión en la población con síndrome de Down. Si bien es cierto que en la población general también ha aumentado el número de depresiones y de trastornos afectivos, es un hecho que no deja de llamar la atención.

No hay que perder de vista, por otra parte, que hasta hace relativamente poco tiempo las depresiones en el síndrome de Down no se diagnosticaban ni trataban: pasaban desapercibidas quizá porque las manifestaciones clínicas son diferentes a las de la población sin discapacidad y se confundían con otras patologías, o bien porque cualquier trastorno del comportamiento o de la conducta se atribuía a la discapacidad en sí misma. El hecho es que las depresiones quedaban sin delimitar, sin diagnosticar y sin tratar de la manera adecuada. La práctica clínica, el mayor conocimiento de las personas con síndrome de Down y la relativamente reciente atención a sus problemas psicológicos y afectivos ha permitido conocer y tratar los trastornos mentales que padece este colectivo.

La palabra depresión viene del latín *depressio*, “hundimiento”. La persona deprimida se siente triste, hundida, sin ganas de vivir, con un peso importante sobre su existencia.

La depresión es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable y tiene diferentes manifestaciones: depresión endógena, depresión neurótica, psicótica, bipolar, primaria, secundaria, etc.

En la población con síndrome de Down los trastornos mentales suelen producir una desorganización de la conducta y del pensamiento, desconexión del entorno y otros síntomas que se podrían encuadrar dentro de los rasgos psicóticos. Esto da cuenta de la fragilidad y de la vulnerabilidad psíquica de esta población, y por ello se debe hacer una labor preventiva desde una edad temprana realizando un seguimiento del paciente y un acompañamiento a los padres y familiares para estar atento a cualquier cambio tanto en el estado de ánimo como en el ámbito relacional, familiar o social.

En el síndrome de Down los trastornos afectivos—incluida la depresión—aparecen frecuentemente asociados al síndrome (“como es así”...) y pueden pasar desapercibidos, sin recibir tratamiento ni ser diagnosticados. De ahí la necesidad de extremar la evaluación de los síntomas. De hecho, se afirma que en el 20% de las personas con síndrome de Down puede aparecer un trastorno depresivo en algún momento de la vida.

Las personas con síndrome de Down suelen desarrollar trastornos depresivos como reacción a las pérdidas: la muerte de un familiar, cambios del compañero de habitación, ausencia de un cuidador, marcha de casa de un hermano, pérdida de un objeto importante o querido... Pero también aparecen cuadros depresivos, con creciente frecuencia, en la pubertad y en la adolescencia como consecuencia de la crisis de identidad que supone esta etapa de la vida, la percepción de su discapacidad, las dificultades para aceptarla, los cambios corporales y la dificultad para encontrar

grupos de referencia con los que relacionarse. También el envejecimiento precoz y la falta de actividad contribuyen a la aparición de síndromes depresivos.

El estrés es otra de las causas que puede desencadenar una depresión. En jóvenes que se incorporan al mundo laboral y en adultos que llevan tiempo trabajando está aumentando también el número de depresiones debido al estrés. La tensión y las dificultades a veces producen la sensación de que no se puede con la situación.

No hay que olvidar que también, como desencadenantes de la depresión, están los problemas médicos: el dolor persistente y crónico; la apnea del sueño, la fatiga y la privación de oxígeno; el hipotiroidismo, acompañado de letargia y de falta de interés por las cosas; la celiaquía y otros problemas del aparato digestivo que producen molestias y sensación de mala salud, y los problemas de visión y de audición, que aíslan y generan muchas dificultades al paciente.

El diagnóstico de la depresión en personas con síndrome de Down resulta complicado por las dificultades que muestran a la hora de comunicarse, por el pensamiento concreto y por los problemas cognitivos que presentan. Por eso, además de realizar entrevistas con los pacientes es muy importante obtener información de la familia y de los educadores o profesionales de los diferentes ámbitos que están en contacto con ellos.

Los síntomas de la depresión, en la población general, suelen ser la tristeza, la apatía, el sentimiento de inutilidad, el cansancio de vivir, la lentitud, la pérdida de energía, los trastornos de sueño, la pérdida de apetito, etc. Las personas afectadas suelen expresar verbalmente estos sentimientos. Pero la depresión en el síndrome de Down casi nunca se expresa mediante la palabra. En las personas con síndrome de Down es más probable que la depresión se presente con una sintomatología diferente: pérdida de habilidades y de memoria, enlentecimiento de la actividad, poca motivación, pérdida de atención, cambios en el apetito o en el ritmo de sueño, alteración de las capacidades cognitivas, tendencia a la desconexión y al aislamiento, soliloquios e ideas delirantes (rasgos psicóticos), labilidad afectiva, pasividad y también llanto.

También, como ya se ha señalado, muchos trastornos depresivos pueden presentarse asimismo en forma de síntomas somáticos. Por ello es preciso hacer un diagnóstico diferencial con problemas propiamente médicos mediante las exploraciones pertinentes.

El pronóstico a corto plazo de las depresiones en adultos con síndrome de Down no es muy favorable, pero posiblemente sea mejor cuanto más joven sea el paciente y cuanto antes se diagnostique y se trate. Es importante detectar si existe ideación suicida, pues aunque no es frecuente, se han detectado en algunas ocasiones conductas suicidas en algunos pacientes con síndrome de Down con capacidad para reconocer sus sentimientos y hablar de ellos.

El tratamiento de la depresión se basa en cuatro estrategias:

- Identificación de los posibles factores estresantes que puedan ser responsables para tratar de evitarlos o de suprimirlos.
- Medicación.

- Intervención psicológica: asesoramiento, apoyo psicológico y psicoterapia.
- Promoción de actividades recreativas y ejercicio físico.

En cuanto a los *factores estresantes*, como se ha señalado, tanto en niños como en adultos pueden producir un trastorno depresivo que, habitualmente, tiene que ver con la sobre-exigencia (en entornos escolares y en el mundo laboral), con un apoyo insuficiente o mal enfocado, con un trato infantilizante y engañoso que contrasta con las percepciones del propio sujeto, y con la falta de un trabajo previo acerca de su identidad, de la aceptación de la discapacidad y del descubrimiento de las capacidades. Las pérdidas, las muertes, los cambios de empleo... sin una preparación previa, son también otros factores que producen estrés y que favorecen la aparición de la depresión.

La *medicación* más eficaz son los fármacos antidepresivos: tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, otros de acción mixta; es escasa la experiencia con inhibidores de la MAO (monoamino oxidasa), sobre todo porque su administración requiere una mayor atención. La selección del medicamento se hace en función de las condiciones del paciente, la tolerabilidad, la experiencia anterior, etc. Con todos ellos es imprescindible esperar varias semanas hasta contrastar su eficacia. Puede ser necesario recurrir a medicación complementaria para tratar síntomas acompañantes: antipsicóticos si existe un claro componente psicótico (alucinaciones, delirio, agitación extrema), ansiolíticos e hipnóticos si hay ansiedad o una marcada y molesta alteración del sueño que perturba no sólo al paciente, sino a sus acompañantes.

La *psicoterapia* está encaminada a conseguir cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica y el bienestar bio-psico-social. El tratamiento psicoterapéutico ha demostrado ser de gran beneficio en el abordaje de la depresión. Durante muchos años se ha creído que las personas con síndrome de Down no eran susceptibles de recibir tratamiento psicoterapéutico debido a sus dificultades para comunicarse; sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia es una herramienta primordial en el tratamiento de la depresión de este colectivo, independientemente de su edad. Siguiendo a Brendan McCormack, "en una psicoterapia existe la oportunidad de establecer un discurso sobre el significado de deficiencia y permite que el paciente recobre o tenga su propia historia personal".

Por último, la *promoción de las actividades de ocio* y relación y las deportivas ejercen un efecto muy positivo en personas con síndrome de Down y depresión. La vida de estos pacientes muchas veces se limita a acudir al puesto de trabajo (protegido o integrado) y volver a casa, en la que con frecuencia viven en compañía exclusiva de sus padres. Tienen poca vida social, escasas relaciones y sus habilidades sociales están muy limitadas. Un grupo de amigos, unas actividades sociales y deportivas, las relaciones afectivas y los proyectos de futuro favorecen el estado de ánimo posi-

tivo, el aumento de la autoestima, el desarrollo de las habilidades sociales y personales y, por tanto, son un coadyuvante en el tratamiento de la depresión. Por eso, resulta absolutamente necesario organizar y establecer estrategias y formas de relación personal y social como norma de vida habitual, desde pequeños, para prevenir el desarrollo de una depresión futura en la persona con síndrome de Down.

La prevención, por tanto, es fundamental para evitar o paliar la aparición de depresiones. Y uno de los presupuestos básicos, a la hora de prevenir este problema, es trabajar la identidad (informar sobre el síndrome de Down, ayudar a aceptarlo, a descubrir sus propias capacidades...) desde la infancia. La construcción de la identidad es un fenómeno muy complejo que se inicia en el momento del nacimiento con los procesos de separación-individuación y que se va estructurando mediante las experiencias, a través de la imagen de uno mismo percibida en los demás. Ayudar a la persona con síndrome de Down a que realice este proceso evita muchos trastornos depresivos en la adolescencia y en la primera juventud. Asimismo, el seguimiento de los programas de salud para mantener un buen estado físico, las relaciones sociales y personales ricas, una ocupación gratificante y un ocio compartido con compañeros de la misma edad son también elementos indispensables para el bienestar emocional de la persona con síndrome de Down.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía general

- Barba J. Trastornos psiquiátricos en el síndrome de Down. En: UU. AA. Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales. Barcelona: Masson-FCS; 2005. Cap. 19. p. 258-65.
- Gallart C. Psicoterapia individual en personas con síndrome de Down. *SD-DS Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*. 2005;9:45-8.
- Garvía B. Salud mental y síndrome de Down. En: Corretger JM, Serés, A, Casaldáliga J, Trías K (editores). Síndrome de Down: aspectos médicos actuales. Barcelona: Masson y Fundación Catalana Síndrome de Down; 2005. p. 203-14.
- Garvía B. Canal Down 21. Salud-biomedicina. Trastornos mentales en el síndrome de Down. 2007. Disponible en: http://www.down21.org/salud/port_salud.html
- Garvía B. Síndrome de Down e identidad. *SD-DS Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*. 2005;9:12-5.
- Garvía B. Salud mental y síndrome de Down. *SD-DS Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*. 2000;4:44-6.
- McCormack B. Pensamiento, discurso y negación de la historia. Aspectos psicodinámicos del discapacitado. En: IX Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. Madrid, 26-28 de febrero de 1992.
- McGuire D, Chicoine B. Bienestar mental en los adultos con síndrome de Down. Santander: Fundación Iberoamericana Down21; 2009.