



LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

GENERALIDADES

La depresión en la infancia es una enfermedad cuyo reconocimiento es reciente ya que su aceptación como entidad es de hace poco tiempo. Por ello plantea, aun, interrogantes, no resueltos.

La depresión, en el ámbito de la psiquiatria infantil se puede entender como señala Polaino, (1988):

- a) Síntoma (humor disfórico),
- b) Síndrome (y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc)
- c) Desorden psicopatológico.

O también como Ajuriaguerra, (1976) que separa:
El afecto depresivo, de la enfermedad depresiva,
El momento depresivo, de la forma de ser depresiva.

Muchos malentendidos sobre la existencia de la depresión a lo largo de la infancia, se deben en gran parte a la falta de acuerdo semántico y al mismo tiempo a las clasificaciones nosológicas en uso.

El DSM-III-R (1987) Define al síndrome depresivo, como un grupo de síntomas del estado de ánimo, con otros síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado período de tiempo.

Actualmente no existen dudas al respecto sobre la pregunta de si existe o no la depresión infantil. De hecho desde un punto de vista histórico ya Griesinger (1845) afirmaba: "Incluso las formas melancólicas ocurren en la infancia con todas sus características aunque con menor frecuencia". Delasiauve en 1852 remarcaba la existencia de estados de depresión y de excitación, en el niño. Moureau de Tours, autor de uno de los primeros tratados en psiquiatria infantil, del siglo pasado, unos años mas tarde, indicaba que el niño a partir de los siete años puede presentar una franca excitación maniaca o, por el contrario, una manifiesta depresión.

La aparición y desarrollo del psicoanálisis, negó la depresión en la infancia, puesto que si se afirmaba que la depresión dependía de la interacción entre las distintas instancias de la personalidad, al no estar éstas desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no seria posible la emergencia de los cuadros depresivos en la infancia.

M. Klein utilizó el término de depresión referido a la infancia, pero como descripción de un determinado comportamiento evolutivo normal.



A partir de 1970 la aceptación de un síndrome clínico depresivo en la infancia, es prácticamente total.

Criterios psicoanalíticos

Se considera a la depresión como la resultante de un conflicto intrapsíquico entre un Super-Ego primitivo y un Ego débil. Se negó la existencia de la depresión en la infancia, debido a que, estos no tienen un Super-Ego lo suficientemente desarrollado para generar este desorden.

M. Klein, con el nombre de "posición depresiva" describe una fase evolutivo-dinámica del lactante que aparecería entre el 3º y el 6º mes de la vida. Etapa también reconocida como de la "angustia depresiva", profunda e íntimamente relacionada con el miedo a perder el objeto amado.

R. Spitz, demostró que los niños que sufren una carencia afectiva masiva por abandono y ligado a separación en los primeros meses de la vida pueden presentar un cuadro clínico al que denominó "depresión anaclítica", que caracteriza por:

- a) Desinterés progresivo hacia el entorno,
- b) Pérdida de apetito
- c) Trastorno del desarrollo ponderal y general.
- d) A los 3 meses después:
 - 1) La motricidad disminuye,
 - 2) La actividad de distensión y placer desaparece progresivamente.
 - 3) Aparece insomnio;

Esta sintomatología, hasta este momento, es reversible, de persistir la situación de carencia, el cuadro adopta aspectos mas dramáticos con la aparición de una alteración psicomotriz de tipo catatonica y la posibilidad de una psicotizacion, con alteración severa cognitiva, o bien, de una infección y muerte consiguiente.

Bowlby estudió lo que ocurre en los niños de corta edad cuando se les separa transitoria o permanentemente de la madre. Aparecía una secuencia predecible de comportamientos. Divisible en tres fases:

- a) Fase de protesta,
- b) Fase de desesperación
- c) Fase de apartamiento o desapego.

DEPRESION ENMASCARADA

En la actualidad el concepto de depresión enmascarada en la infancia está abandonado. A pesar de ello, desde un punto de vista clínico, parece interesante el hacer una mínima reseña histórica y a su vez ilustra sobre síntomas predominantes según el momento evolutivo en que incida la depresión.



Nissen aplico en psiquiatria infantil el concepte de depressió enmascarada que Kielholz (1959) creó para designar una forma clínica de depressió en el adult. Nissen, afirmava que en la infància, la depressió se manifesta con predominio, aunque no exclusivamente, somàtic; y que los síntomas fundamentales como la tristesa (humor depresivo) y la anhedonia (pérdida de interés) pueden no ser evidentes.

No existe un acuerdo sobre cuales son los síntomas que delimitan y definen la depresión infantil enmascarada.

Según G. Nissen: Los lactantes y los niños de edad preescolar manifiestan su depresión a través de síntomas casi exclusivamente psicósomáticos: Enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos.

Toolan (1962) opina que los síntomas depresivos en los niños están con frecuencia constituidos por desórdenes conductuales como, por ejemplo, conducta antisocial. Backwin (1977) Raskin (1977) considera y coincide en que los síntomas enmascarados predominantes serían: la agresividad, hostilidad en la conducta verbal, desobediencia, fugas de casa, delincuencia, irritabilidad, absentismo y descenso del rendimiento escolar, etc..

Kovacs y Cols., 1977; Gittelman-Klein, 1977; Carlson y Cols., 1986 Argumenta que los síntomas fundamentales como el humor depresivo o la pérdida de interés, pueden ponerse de manifiesto a través de una entrevista diagnóstica estructurada. Al mismo tiempo insisten que la sintomatología propuesta por los diversos autores es tan variada y confusa, que no permite diferenciar claramente entre una depresión y otros cuadros clínicos de la psicopatología infantil.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

Las tasas comunicadas varían del 1 al 30 % (Kashani, 1982). La gran variabilidad de los datos se debe a la heterogeneidad existen entre las muestras estudiadas. Otro problema, no menos importante, lo constituye el hecho, de si estamos evaluando la prevalencia de la depresión como síntoma, síndrome o desorden. Los datos varían considerablemente por ello citamos los más relevantes.

Nelson (1992) estima la prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia entre el 1,5 y el 2 %. En niños prepúberes la sitúa en un 1,8 %, y en adolescentes oscilaría entre el 3,5 y el 5 % .

Kaplan (1989) en un estudio a preescolares de una población general aporta una prevalencia del 3 %.

Estudios epidemiológicos en USA, aportaron una prevalencia de un 0,9 % en preescolares, un 1,90 % en niños de edad escolar, y un 4,7 % en adolescentes



(Kashani & Sherman, 1988).

También se considera que los síntomas depresivos son dos veces más comunes entre chicos en el estadio prepuberal, mientras que en el post-puberal son dos veces más comunes entre las chicas. Sin embargo, Kashani, Lobovits y Handal no han encontrado diferencias en cuanto al sexo en niños de edades entre los 9 y los 12 años.

MÉTODOS PARA EL DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de la depresión es muy útil explorar al paciente con:

- A) Entrevistas estructuradas y semiestructuradas
- B) Técnicas biológicas de determinación de las disfunciones fisiológicas y neuroendocrinas acompañantes.

A.- Las escalas para la evaluación de la depresión en la infancia son una realidad relativamente reciente, que aparece a finales de los 70 y adquieren un amplio desarrollo a partir de la década de los 80. Kovacs elaboró la CDI (Childrens Depression Inventory partiendo de la escala de Beck y ambos publicaron juntos la primera versión del CDI (Kovacs y Beck, 1977). El PICD (Personality Inventory for Children-Depression Scale) fué desarrollado a partir de la escala de Hamilton (Wirt y cols., 1977).

Polaino sugiere clasificar las escalas actuales, de la siguiente forma:

- a) Las autoaplicables, elaboradas para ser contestadas por los mismos niños, por ejemplo:

La "Childrens Depression Inventory" o la CDI (Kovacs, M., USA 1977), y la "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" o CES-CD (Weissman, M.M.; Orvaschel, H. y Padian, N. 1980).

- b) Las heteroaplicadas, para ser contestada por los adultos que conocen bien al niño, habitualmente los padres y maestros,

- c) Las mixtas, disponen de una forma autoaplicada y de otra forma para padres y maestros, como por ejemplo:

La "Childrens Depression Scale" o CDS (Tisher, M; Lang, M. Australia, 1978).

- d) Las que recogen la información de los compañeros de edad semejante que el niño a evaluar, y que denominaremos con el término de "evaluación por iguales":

Como la "Peer Nomination Inventory of Depression" o PNID (Lefcowitz, Monroe M. y Tesiny, Edward P. EE UU, 1980).

- e) En mención parte están aquellas escalas dirigidas a adultos cuya finalidad es valorar una información más global sobre todas las posibles alteraciones de conducta del niño.



Algunas contienen subescalas o algunos Items que se refieren a la depresión infantil.

Entre ellas están:

La "Child Behavior Checklist" o CBCL (Achenbach, Th. M. EE UU, 1979),

La "Personality Inventory for Children" o PIC (Wirt, R. D.; Lachar, D.; Klinedisnt, J.K.; Seat, P. D. EE UU, 1977;, 1984),

La "Revised Behavior Problem Cheklist" o RBPC (Quay, H. C.; Peterson, D. R. EE UU 1967, 1979, 1983, 1984).

La opinión sobre la utilidad de estas escalas es muy variada. Macquet y Poznanski recomiendan usarlas solo para la investigación. Nelson, cuestiona su validez, Kaplan considera que la mayoría son largas, engorrosas y pesadas.

B.- Las técnicas biológicas, han permitido observar en algunos niños:

a) Hiposecreción de la hormona del crecimiento en respuesta a hipoglucemia inducida por insulina. Según algunos estudios preliminares, parece que los niños prepúberes con depresión presentan picos más altos de secreción de hormona de crecimiento durante el sueño profundo.

b) El test de nivel de cortisol por supresión con dexametasona no es nada concluyente en niños y adolescentes según Nelson. Aunque Weller encuentra que un 54 % de los niños y adolescentes con depresión tienen una respuesta anormal al test de la DST,(más evidente en niños prepúberes: 70 % no eran supresores).

c) El estudio EEG de sueño muestra en el adulto un período de latencia REM acortada, con incremento de la densidad del sueño REM y descenso en la duración del sueño de onda corta según Kupfer. El conjunto de estas alteraciones no son tan evidentes en los niños y adolescentes con depresión Goetz, Young, Knowles, Maclean, Boag. En nuestra casuística hay un claro acortamiento del período de latencia REM.

ETIOPATOGENIA

Seria, una actitud totalmente simplista pensar que solo existiera una causa de la depresión en la infancia y adolescencia, como es lógico lo mas probable es que su origen sea multifactorial y a través de diversas etiologías se cree una respuesta depresiva en ciertas circunstancias.

Por otra parte si la depresión en la infancia se solapa con la del adulto debe pensarse que una serie de factores comunes los encontraremos en ambas.

a) Factores genéticos y familiares: El estudio de los niños y adolescentes por debajo de los dieciocho años de edad muestran que cuando los padres y parientes de un niño padecen trastornos afectivo, el riesgo de que los padezca aumenta. En el caso de que la afectación solo incida en uno de los familiares el riesgo es de un 25 % para el niño, pero, si el proceso afecta a ambos el riesgo sube a un 75 %. La presencia de los



trastornos afectivos en los padres es el riesgo mayor para la incidencia del trastorno en un niño

Los estudios genéticos muestran un índice de concordancia de un 76 por ciento en gemelos monozigóticos y 19 % en los dizigóticos. La no concordancia de un cien por cien en los monozigóticos pone de relieve la significación etiológica de otros factores no dependientes de lo biológico y cuyo origen es de tipo ambiental.

b) Factores ambientales precoces: Hasta la fecha ningún estudio ha puesto de relieve que los factores socioeconómicos o el lugar en la fratria jueguen ningún papel en la aparición de la depresión, en la infancia. Los niños cuyos padres presentan trastornos depresivos, separación conyugal, desacuerdos y desavenencias intrafamiliares, presentan un incremento claro de trastornos psicopatológicos con alteraciones en la relación con sus compañeros y retroceso en el rendimiento escolar. Los padres que padecen trastornos de tipo afectivo fácilmente maltratan o cometen abusos en sus hijos, facilitado en parte por su irritabilidad y sentimientos de impotencia y por la irritabilidad del niño.

c) Correlaciones biológicas:

1) Los estudios neurobiológicos son relativamente inconsistentes, los datos del sistema catecolaminico son muy variables, como expresión de que no está suficientemente desarrollado en el niño. 2) Los estudios neuroendocrinos han permitido desarrollar uno de los marcadores más conocidos como es el test de supresión a la dexametasona (DST). Los niños con depresión hipersecretan cortisol durante los episodios de la enfermedad. La dosis usual de dexametasona a administrar es de 0.5 mgr a los niños en edad prepuberal y de 1 mgr a los de edad pospuberal; se administra por vía oral, a las 11/12 de la noche, al día siguiente a las 8/9 de la mañana, se mide el nivel del cortisol en sangre o en la saliva. En el 70 % falla la supresión de cortisol después de la administración de dexametasona. El DST junto a los datos clínicos permite un mayor rigor diagnóstico, en ningún caso permite prescindir de la clínica.

Los niños prepuberes con depresión producen más hormona de crecimiento durante el sueño, que los sujetos control; segrega menos hormona de crecimiento frente al test de la insulina.

3) La neurofisiología ha permitido mostrar el acortamiento en la latencia REM en la fase de recuperación de la depresión en el niño pero no su alteración en la fase aguda, aunque existen otros estudios, de menor fiabilidad, que mostrarían este tipo de alteración también en la fase de la enfermedad. Es un tema a clarificar y cuyo desarrollo no ha finalizado.

LA DEPRESIÓN COMO DESORDEN CLÍNICO Y SUS MANIFESTACIONES

La mayoría de los niños no poseen un lenguaje suficientemente rico y formado para comunicarse satisfactoriamente, ello hace difícil diagnosticar la depresión en los niños cuando su edad es inferior a los siete años. Valorar el significado de los síntomas y su expresión clínica continúa siendo el gran problema



diagnóstico de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes,

Una alternativa, podría ser, prestar más atención a los aspectos no verbales de la comunicación, tales como la expresión facial o la postura corporal (Poznanski), o también a la información aportada por los familiares.

Si los padres fueran la única fuente de información se calcula que un 50 % de las depresiones en la infancia no serían diagnosticadas; contrariamente si la información proviene de los propios solo pasan por alto un 25 % (Kaplan).

Por otra parte, la escuela también es una fuente de información sobre el funcionamiento del niño, a tener en cuenta.

Desde la infancia hasta la adolescencia hay grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Si la depresión afecta al funcionamiento de estas esferas, las manifestaciones diferirán según la etapa del desarrollo en que se presente. Esta idea se ha reflejado en la elaboración de criterios diagnósticos específicos para niños.

Destacan los criterios diagnósticos de Weinberg, vease el cuadro siguiente, en los que algunos de los síntomas son comunes a los adultos; sin embargo, también se encuentra incluidas conductas que pueden ser consideradas como equivalentes depresivos (ej: agresión).

CRITERIOS DE WEINBERG (1973)
A) Síntomas: a) Presencia de: - Humor disfórico (melancolía) - Ideación de autodesprecio B) Dos o más de los síntomas siguientes: a) Conductas agresivas (agitación) b) Perturbación del sueño c) Descenso del rendimiento escolar e) Disminución de la socialización f) Cambio de actitud hacia la escuela g) Quejas somáticas h) Pérdida de la energía usual i) Cambio en el apetito o en el peso C) Duración: a) De al menos 1 mes.

Otros síntomas incluyen disfunciones, exclusivas del ámbito infantil, como por ejemplo la disminución del rendimiento escolar.



Poznanski fué otro autor que modificó sus criterios al aplicarlos a niños y que reproducimos en el cuadro siguiente.

CRITERIOS DE POZNANSKI (1982)
A) Presencia de: - Humor, conducta o apariencia depresiva
B) Cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes: a) Aislamiento social b) Dificultades con el sueño c) Quejas de fatiga d) Hiperactividad e) Anhedonia f) Baja autoestima o gran sentimiento de culpa g) Dificultades en el trabajo escolar h) Ideas de suicidio
C) Duración mínima de los síntomas: - De al menos un mes.

Que la edad es una variable no sólo interviniente sino moduladora del modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño ha sido puesto de manifiesto, repetidamente, por un gran número de investigadores.

Nissen (1971), estudió la correspondencia entre la edad y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión en la infancia. Afirmaba que la sintomatología prevalente no sólo depende de la edad sino también del sexo. Sintetizamos a continuación, la relativa correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que de forma más relevante, caracterizan a la depresión en esas etapas evolutivas:

- a) Edad preescolar: rechazo del juego, agitación y timidez, crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje, timidez, enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos.
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimientos de inferioridad, opresión y cefaleas.

Según el mismo autor son más frecuentes las depresiones infantiles inhibidas que agitadas, y desde el punto de vista psicopatológico hay una predominancia asociativa entre los varones y los cuadros agitados y las hembras y los cuadros inhibidos.

Hay además cierta heterogeneidad sintomatológica en función del sexo. Así, las chicas



depressivas suelen ser tranquilas e inhibidas, de buena conducta y presentan variaciones en su estado de ánimo.

En los chicos, en cambio, predomina las dificultades para establecer contacto social y el aislamiento, frecuentemente asociados con irritabilidad, dificultades en la escuela, inhibición en el aprendizaje y agresividad.

En este sentido Carlson y Kashani (1988) también estudiaron la frecuencia de algunos de los síntomas a tenor de la edad. Al aumentar la edad decrece la apariencia depresiva y las quejas somáticas; por el contrario, incrementa la anhedonia, la sensación de cansancio, la desesperanza, y variación diurna de los síntomas.

Ryan añade, en los niños mayor prevalencia de agitación psicomotriz, ansiedad de separación y fobias, mientras que, la presencia de hipersomnia, variación del peso y abuso de tóxicos es más frecuente en la adolescencia.

Para Nelson, los niños en edad escolar presentan síntomas de expresión facial de tristeza, llanto fácil, irritabilidad, evitación de actividades placenteras, trastornos de la alimentación y del sueño con síntomas vegetativos asociados. La mitad presentaran síntomas evidentes de angustia y entre el 20/30 % muestran trastornos de conducta. En los adolescentes se observa, impulsividad, fatiga, ánimo depresivo e ideas de suicidio.

Hoy se puede afirmar que hay cierto consenso en admitir que los niños clínicamente deprimidos presentan:

Tristeza y facilidad al llanto, con cierto lentitud psicomotora, voz monótona y desesperanza. Se describen en términos negativos como: "soy estúpido", "soy una mala chica" o "nadie me quiere". Su rendimiento escolar desciende y tienden a abandonar sus actividades preferidas (fútbol, etc.). A menudo se observan síntomas somáticos, como dolor de cabeza o de estómago.

En niños más mayores se aprecia además baja autoestima, apatía, irritabilidad, ansiedad, dificultades para concentrarse e ideación suicida.

F. del Castillo (1989), señala que los niños con depresión, en la escuela, se niegan a esforzarse, presentan bajo rendimiento escolar, la escritura es casi ininteligible, insegura y sin firmeza. En el cálculo son lentos y su pensamiento impreciso, la creatividad es muy pobre o no existe. La lectura es, así mismo lenta y con desgana. Los dibujos son también tristes, y están faltos de expresividad, no suelen usar colores y, si lo hace, son grises u oscuros.

Hay un cierto consenso en torno a la semejanza entre la depresión infantil y la del



adulto. Consenso claramente reflejado en DSM-III-R. Así, en el apartado de "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" dice: "... dado que la sintomatología esencial de los trastornos del estado de ánimo es la misma para los niños que para los adultos, no existen categorías correspondientes a este trastorno en este apartado de la clasificación.

CLASIFICACIÓN

Todavía no existe una única clasificación en la que coincidan los diferentes autores, por lo que resolvemos exponer algunas de ellas.

Cytrin y cols.(1972) distinguieron tres formas clínicas de depresión en la infancia:

- a) Depresión enmascarada,
- b) Depresión aguda
- c) Depresión crónica.

Otros, han clasificado las depresiones infantiles apelando a un criterio el etiopatogenico. Así por ejemplo Malmquist (1975), distinguía las siguientes categorías:

- 1) Depresión asociada a enfermedad orgánica.
- 2) Depresión por carencia afectiva.
- 3) Depresión por trastorno de la individualización.
- 4) Depresión en la infancia media.
- 5) Depresión en la adolescencia.

La psiquiatría infantil, de orientación analítica de la escuela francesa ha optado, en la práctica, por adscribir las depresiones infantiles a una de las tres muy discutibles formas clínicas siguientes: depresiones somatógenas, depresiones psicógenas y depresiones endógenas.

CLASIFICACIÓN DE LA ESCUELA FRANCESA
<p>a) Depresión neurótica:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estado depresivo- Personalidad anterior depresiva- Existencia de demanda afectiva- Necesidad de ser valorado <p>b) Depresión reactiva:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síndrome depresivo- Aparición reciente- Relación clara y definida con una causa- Personalidad integrada- Buena respuesta al tratamiento.



El DSM-III-R distingue tres tipos de depresión mayor: tipo melancólico, estacional y crónica; especificando la gravedad leve, moderada o grave; con características psicóticas o sin aspectos psicóticos.

Se requiere para el diagnóstico la presencia de cinco o más de los síntomas siguientes, como mínimo durante dos semanas:

- a) Humor depresivo
- b) Pérdida de interés por las actividades o cosas agradables
- c) Pérdida de peso o aumento significativo
- d) Insomnio o hipersomnia
- e) Agitación o lentitud psicomotriz
- f) Fatiga o sensación pérdida de energía
- g) Sentimientos culpa injustificados
- h) Descenso de la capacidad de concentración
- i) Ideación de suicidio o intento de suicidio

La irritabilidad en la infancia y adolescencia es más frecuente que el humor depresivo, que fácilmente provoca problemas relacionales en la escuela con los compañeros, disminuye el tiempo de dedicación al juego y actividades de ocio activo, las cefalalgias y abdominalgias fácilmente reemplazan las expresiones de malestar, malhumor, tristeza, desilusión. La apatía es una expresión frecuente de la falta de energía. El término de "depresión atípica" en la infancia apenas tiene cabida, ya que casi todas las depresiones infantiles podrían incluirse dentro de este diagnóstico.

El CIE-10 de la OMS la clasifica en el capítulo de los trastornos del humor distinguiendo:

- a) Episodio depresivo

Como mínimo cuatro de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de por lo menos dos semanas:

1. Pérdida de interés o del placer en actividades que le eran gratas.
2. Falta de reactividad hacia el entorno o acontecimientos placenteros.
3. Despertar matutino, dos o más horas antes de lo habitual.
4. Malestar por la mañana.
5. Lentitud psicomotora o agitación (valorada por otras personas).
6. Pérdida de apetito.
7. Disminución del peso en un 5 % o más.
8. Marcada disminución de la libido.

Formas clínicas según la gravedad:



a) Episodio depresivo leve: el sujeto se ve afectado por los síntomas y tiene dificultades para llevar a cabo su vida socio-laboral normal, pero en ningún momento deja de realizarla.

Se distingue entre:

- 1) Episodio depresivo leve sin síntomas somáticos
- 2) Episodio depresivo leve con síntomas somáticos.

b) Episodio depresivo moderado: el sujeto presenta gran dificultad para seguir con sus actividades sociales, laborales y familiares.

Se distingue entre:

- 1) Episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos
- 2) Episodio depresivo moderado con síntomas somáticos.

c) Episodio depresivo grave: causa un sufrimiento considerable (y acentuada inhabilidad). Varios de los síntomas anteriormente indicados están presentes de manera acentuada.

Se distingue entre:

- 1) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- 2) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:

Presencia de delirios (ideas de pecado, pobreza o desastres inminentes, cuya responsabilidad asume el sujeto), alucinaciones auditivas u olfativas (voces difamatorias o acusadoras, suciedad fétida o de carne en descomposición).

d) Otro episodio depresivo

e) Episodio depresivo inespecífico.

EPISODIO DEPRESIVO
Como mínimo cuatro de los síntomas siguientes, por lo menos dos semanas: a) Pérdida de interés en actividades gratas. b) Falta de reactividad. c) Insomnio tardío.



- d) Malestar por la mañana.
- e) Lentitud psicomotora o agitación.
- f) Pérdida de apetito.
- g) Disminución del peso en un 5 % o más.
- h) Marcada disminución de la libido.

PRONOSTICO

Como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos una edad de comienzo precoz en el primer episodio se asocia con un peor pronóstico. En un estudio longitudinal prospectivo Kovacs (1984) encontró que la media de duración de una depresión mayor era de 32 semanas entre jóvenes de 8 a 13 años, a los dieciocho meses un 92 % se habían recuperado.

En los niños la recuperación esta asociada a la edad, los niños más mayores se recuperan mejor que los más pequeños.

Nelson, en diversos estudios longitudinales, muestra que a los dos años del primer episodio de depresión mayor, el 40 % de los niños recaen. Otras observaciones ponen en evidencia que los niños con depresión a los 9 años tienen numerosos síntomas depresivos entre los 11 y los 13 años de edad.

Para algunos autores la presencia de depresión podría interpretarse como un indicador o señal capaz de presagiar el futuro padecimiento por el sujeto de otras enfermedades psiquiátricas ulteriormente.

Kaplan compartiría este punto de vista cuando afirma que el niño o adolescente deprimido posee un alto riesgo de recaer y especialmente de desarrollar un trastorno bipolar. A menudo, en la depresión infantil ya se observan características mixtas entre la irritabilidad, impulsividad, y el abatimiento o inhibición. Añade que a través de un seguimiento sistemático de estos niños, a veces se puede observar que al comienzo de la pubertad hacen una fase hipomaniaca o francamente maniaca, por lo que no considera útil emplear el término de depresión unipolar en los desórdenes afectivos juveniles.

En este sentido hay algunos datos que se consideran predictores de un trastorno bipolar, y que resumimos a continuación:

- a) Un inicio agudo.
- b) Hipersomnia.
- c) Presencia de síntomas psicóticos.
- d) Hipomania causada por tricíclicos.



e) Historia familiar de trastorno bipolar.

En investigaciones catamnésicas G.Nissen señala que entre 96 pacientes, el 58 % evolucionó de forma favorable y un 41,6 % de forma desfavorable; no hubo ni un solo caso de enfermedad maniaco-depresiva, aunque hubo un 9 % de esquizofrenias.

Polaino afirma que "las depresiones infantiles encaminan al sujeto hacia futuros padecimientos, como el fracaso escolar y socio-profesional, la agresividad, la inseguridad y delincuencia", concluye diciendo que "las depresiones infantiles no se pueden tomar, por el momento, como un predictor de futuras y graves perturbaciones de conducta".

Kaplan, señala, que si el desorden afectivo no se diagnostica y se trata prontamente, puede dar lugar a un bajo rendimiento escolar, empobrecimiento en las relaciones sociales y abuso de drogas.

COMORBILIDAD

La clínica ha demostrado cuan a menudo se da la concurrencia de depresión y ansiedad. Esta asociación ha sido reconocida, desde hace mucho tiempo, en el adulto y más recientemente en el niño y en el adolescente. Un hecho comprobado por muchos autores es que a menudo los individuos que reúnen criterios de depresión, también los cumplen para alguna forma de trastorno de ansiedad. Algunos autores, entre los que se halla Braconnier (1991), abogan por la hipótesis de la existencia de un continuum entre la ansiedad, o una cierta forma de angustia, y la constelación depresiva.

Kashani, Sherman (1988) al estudiar la depresión en los adolescentes reportan un 75 % de comorbilidad con la ansiedad, un 50 % con los trastornos de oposición o desafiantes, un 33 % con trastornos de conducta social; un 25 % abusarían del alcohol, y un 25 % consumirían otras sustancias tóxicas.

Kovacs (1988), afirma que un 79 % de los niños prepúberes deprimidos presentan otro diagnóstico del eje I; un 38 % presentaban distimia, un 33 % trastornos de ansiedad y un 7 % desórdenes de conducta.

Los trastornos de ansiedad y de conducta intrafamiliar han aparecido más frecuentemente asociados a niños que a adolescentes (Ryan 1987), la conducta antisocial y otros desórdenes del comportamiento aparecen más a menudo entre los chicos que entre las chicas (McGee 1988). En los niños las alteraciones de ansiedad y fobias son muy comunes. En general en los adolescentes es muy frecuente la actitud



desafiante, el negativismo, la conducta antisocial, el uso de alcohol y drogas, como también, el descuido en el aseo personal, etc..

COMPLICACIONES

Si el trastorno no se diagnostica precozmente y se trata, la enfermedad se complicara con una alteración mas o menos severa del rendimiento escolar, perturbacion de la relación afectiva con sus compañeros y consecuencias sociales secundarias a su desadaptación

TRATAMIENTO

a) Aspectos globales:

La información con finalidad de educar sobre sus dificultades al niño y a los padres es imprescindible en el caso de la depresión en la infancia y adolescencia. Los padres y otros familiares a menudo se sienten culpables de lo que le ocurre al niño; aumentar su culpabilización como algunos profesionales hacen no facilita el proveer un adecuado tratamiento al niño. Solicitando su colaboración, desculpabilizando, asegura mejores resultados. En un episodio grave la psicoterapia es inefectiva, cuando no es imposible.

La farmacoterapia, imprescindible en la mayoría de los casos, es difícil de instaurar; no tan solo por resistencias de los familiares sino también por que a un adolescente, por ej., le molesta extraordinariamente tomar medicación.

Es muy importante reasegurar al paciente que su tratamiento es confidencial y que solo lo sabrá quien el decida que quiere que lo sepa, se hará hincapié en que el psiquiatra facilita la comunicación entre el y la familia pero no es el mensajero de ninguno de ambos y por lo tanto tampoco cómplice de nadie.

b) Hospitalización:

En algunos casos, si la gravedad del episodio hacen temer el riesgo de un intento de autolisis, si se considera que la familia no dispone de recursos psicologicos para atender a las necesidades del paciente, si la situación escolar esta muy alterada por perturbaciones de conducta o bien por grave perturbacion de rendimiento, puede ser aconsejable proceder al ingreso del paciente.

Si el paciente consume drogas o alcohol también o bien hay presencia de alteraciones clinicas de la serie psicotica son otra indicación que aconseja la hospitalización.



c) Farmacoterapia:

Tanto en el niño como en el adulto, el tratamiento farmacológico es prácticamente imprescindible cuando el paciente aqueja un episodio depresivo, el 75 % de los pacientes mejoran con la administración de fármacos antidepresivos, tanto con los tricíclicos como con la fluoxetina, el uso de tricíclicos obliga a la monitorización del fármaco y a conocer el nivel plasmático puesto que la dosificación por Kg/día fácilmente orienta incorrectamente.

Como dosificaciones sugeridas de entrada para iniciación clínica de tratamiento se indican las siguientes:

Fluoxetina de 10-20 mgr/día

Imipramina de 1.5-2.5 mgr/kg/día

Nortriptilina de 1-1.5 mgr/kg/día

Amitriptilina de 1.5-2 mgr/kg/día

Clomipramina de 1-2 mgr/kg/día

En el caso de los tricíclicos, debe advertirse de la aparición de los fenómenos de boca seca, estreñimiento, dificultad de orinar que son molestias frecuentes y mal toleradas por el niño, la dosificación es interesante realizarla en tres tomas, media hora antes de las comidas o dos horas después. Debe evitarse el riesgo de la sobredosificación y antes de su administración es aconsejable un estudio de las constantes biológicas, hepáticas, de tiroides, electrocardiograma, y creatinina sérica. La dosis plasmática es variable en el tiempo y una dosis oral fija no evita la posibilidad de un exceso de dosificación plasmática cuando el tratamiento es prolongado, a veces, aparece irritabilidad extrema secundaria a esta sobredosificación. A partir de un nivel plasmático de 500 ng/ml la imipramina los tricíclicos en general, se corre el riesgo de que aparezca un aumento del intervalo PR con supresión del segmento ST en el ECG con aumento de la presión diastólica cardíaca. La administración de tricíclicos en niños obesos debe hacerse cuidadosamente puesto que fácilmente se acumula.

Los IMAOs (inhibidores de la mono-amino-oxidasa) se han usado en los adolescentes con cierto éxito clínico con depresivos crónicos, con predominio de clínica de apatía, anergia, hipersomnia, bulimia, etc. Parece que existe una mayor efectividad en los adolescentes que en los chicos. Es imprescindible la evitación de ingesta de alimentos que contengan tiramina y L-dopa

El grupo de la fluoxetina cada vez parece más el antidepresivo de elección, por su amplia tolerancia y su nula toxicidad. En algunos casos no superior al 5-10 % se aprecia en los primeros días una cierta ansiedad o inestabilidad que en el adolescente puede incrementar sus respuestas de irritabilidad. La dosificación progresiva y no única de entrada parece mitigar esta respuesta.

La respuesta consistente en la aparición de una fase hipomaniaca que se ha descrito tanto en la administración de tricíclicos como de la fluoxetina, plantea más un cuestionamiento diagnóstico sobre el proceso en tratamiento que no sobre la



efectividad de la farmacoterapia.

d) Duración del tratamiento:

La duración media de un episodio no tratado es de ocho meses, con tratamiento farmacológico la duración es de 4-6 meses. La dosificación del fármaco se descenderá lentamente si es un tricíclico y después se seguirá de un período discontinuo. Con la fluoxetina la reducción se realiza discontinuamente y de forma progresiva.

e) Combinación de terapéuticas.

Cada vez mas, al apreciar desaparece el síndrome depresivo, objeto de tratamiento, pero, se mantienen las dificultades adaptativas y de relación en los pacientes tratados. Se indican tratamientos asociados de tipo psicoterapéutico que, a falta de datos objetivos sobre su validez, parece ayudan a los pacientes a una mejor recuperación

Los métodos más importantes de abordaje psicoterapéutico:

1) Terapia de juego:

Indicada en niños muy pequeños o en aquellos que presentan un retraso en el desarrollo, y más específicamente del habla.

La terapia de juego puede proporcionar una forma alternativa de comunicación, de expresión de sentimientos encubiertos, o bien una vía que permite liberar el estrés por medio de la actividad.

2) Terapia basada en el modelo de los acontecimientos vitales:

Esta terapia se centra en la importancia de ciertos acontecimientos vitales en la etiología de la depresión. Así, por ejemplo, la separación o divorcio de los progenitores podría desencadenar un síndrome depresivo en el niño; el terapeuta le ayudaría a aceptar y comprender los beneficios que se derivarán de la nueva situación para todos.

3) Programa terapéutico educacional:

En la mayoría de los casos la depresión se asocia a una disminución del rendimiento académico. Esta orientación aconseja que el niño se involucre más en tareas "activas" (de tipo verbal, manipulación de elementos u objetos..), que en aquellas "pasivas" (tareas de papel-lapiz..), que favorecerían un mayor aislamiento y por ende una peor ejecución.

4) Terapia de conducta:

Se basa en la creencia que toda conducta desadaptada puede adaptarse de nuevo a



través de los adecuados procesos de aprendizaje. El llamado "condicionamiento operante" es una de las técnicas más corrientemente utilizadas en la depresión infantil, en ésta se enfatiza la importancia del refuerzo positivo contingente a una respuesta. Existe una teoría psicológica que postula que entre los factores etiológicos de la depresión se encuentra una baja tasa de reforzamiento.

5) Psicoterapia cognitiva:

Este enfoque propone que algunas experiencias tempranas proporcionarían la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos o "esquemas" pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias; al desencadenarse la depresión, se activan un conjunto de estructuras cognitivas alteradas, que dan lugar a errores en el procesamiento de la información, como pueden ser: la inferencia arbitraria la maximización o minimización, la personalización etc.. El terapeuta pretende identificar y modificar las falsas creencias y las conceptualizaciones distorsionadas, que subyacen a estas cogniciones y sustituirlas por interpretaciones más realistas (Beck, 1986).

6) Alejamiento del hogar:

En algunas ocasiones, cuando existe un gran deterioro del ambiente familiar o éste resulta por algún motivo pernicioso para el niño (padre o madre con depresión), se aconseja el traslado temporal a otro hogar, residencia o institución.

Dr Josep Tomas
Cap Unitat Psiquiatria
H U M-I V D'Hebron
Barcelona