



## LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

### DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La depresión es un trastorno que puede darse en todas las edades.

Comienzo con esta afirmación, aunque resulte obvia, ya que no podemos olvidar que hace apenas 20 años el concepto de depresión en la infancia permanecía ausente incluso en los libros de texto más exhaustivos.

Es muy importante que los profesionales relacionados con la infancia: pediatras, maestros, ... puedan detectar la posible presencia de una depresión, ya que el tratamiento es efectivo. La innegable gravedad de dicho trastorno contrasta con la efectividad del tratamiento por lo que es primordial la puesta en marcha de todos los elementos de detección que tengamos a nuestro alcance.

No es aventurado pensar que a través de un diagnóstico y tratamiento precoces en la infancia y en la adolescencia se consiga disminuir, en un futuro próximo, la enorme prevalencia de la depresión en la edad adulta, que constituye, en la actualidad, un grave problema social.

Las consecuencias negativas de la depresión en la infancia y en la adolescencia son mayores de lo que pueda parecer a simple vista, ya que al padecimiento en sí de la depresión hay que añadir la incidencia negativa que tiene en el desarrollo de la personalidad. En un adulto, una vez superada la depresión, se vuelve al patrón de personalidad normal. Simplemente hay que volver al anterior punto de referencia de normalidad. En cambio en un niño o adolescente la fase de depresión interfiere directamente en la actitud vital de la persona frente a la vida.

En la depresión predominan, entre otros síntomas: baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones... y un sentimiento generalizado de ansiedad e indefensión. Si eso sucede en una fase de nuestra biografía en la que estamos "aprendiendo a vivir" será muy difícil que esos sentimientos no impregnen nuestra actitud permanente frente a la vida (personalidad). Todo ello nos hace pensar en sentimientos tan asociados a la depresión como la "indefensión aprendida" que forma parte de un círculo vicioso de difícil abordaje.

La evaluación clínica debe hacerse a partir de los datos recogidos tanto del niño, como de los padres. Con los datos recogidos solamente a partir del niño nos pasarán por alto un 25% de las depresiones. Trabajando sólo con los datos aportados por los padres el porcentaje aumenta al 50%.

En niños las escalas auto aplicadas, de frecuente uso entre los adultos, resultan de escasa utilidad, a pesar de estar específicamente diseñadas para la infancia. En nuestra experiencia el CDI (Children Depression Inventory) nos ha resultado de poco valor para discriminar depresión de otros trastornos inespecíficos.

Es preferible trabajar con entrevistas semiestructuradas. Concretamente utilizamos una evolucionada a partir de la realizada por Puig-Antich y colaboradores. Exige una mayor experiencia por parte del clínico para valorarla, pero los resultados



son más fiables.

Los criterios diagnósticos del ICD-10 (O.M.S.) y DSM-III-R (A.M.A.) resultan bastante coincidentes.

Citaremos a continuación los del DSM-III-R.

Para un diagnóstico de depresión mayor se requiere la concurrencia de 5 ó más de los siguientes síntomas:

1. Humor deprimido.
2. Pérdida de interés.
3. Pérdida o ganancia de más del 5% del peso corporal en un mes.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o inhibición psicomotrices observables.
6. Pérdida de energía. Fatigabilidad.
7. Sentimientos de culpa y/o inutilidad.
8. Disminución de la capacidad de concentración.
9. Ideas de muerte o suicidio.

Estos síntomas deben mantenerse durante, al menos, 2 semanas.

Una característica propia de la depresión en niños y adolescentes es que la **irritabilidad** es más frecuente que el humor deprimido.

Por otra parte, la variabilidad estacional que es de utilidad en el diagnóstico de los adultos se complica en los niños y adolescentes porque el otoño coincide con el inicio del curso (factor "estresante" exógeno) y la primavera con los exámenes finales.

La **prevalencia** varía con la edad. En el preescolar es de apenas un 0,3%, para alcanzar un 4,7% en la franja de edad comprendida entre los 14 y los 16 años. Se da más en niños que en niñas, pero las cifras tienden a igualarse a medida que nos acercamos a la adolescencia. Cuanto más temprana es la edad de Comienzo peor es el pronóstico.

Los **antecedentes familiares** son de suma importancia. El riesgo de aparición de un cuadro de depresión mayor, siendo el padre o la madre depresivos alcanza el 25%, pero si los dos son depresivos el porcentaje se eleva al 75%. No obstante no hay que olvidar que en estos casos se barajan tanto los factores genéticos como los ambientales (vivir con dos adultos deprimidos no debe resultar especialmente estimulante).

En cuanto al valor de las pruebas biológicas, a pesar de que resulta tentador sobrevalorarlas debido a la dificultad del diagnóstico en los niños, lo cierto es que son de escasa utilidad. El más utilizado es el test de supresión de la dexametasona (DST).

La implicación de **mecanismos bioquímicos** en el cuadro depresivo queda fuera de toda duda. Otra cosa es, hasta que punto son causa o consecuencia.

Probablemente la depresión ciento por ciento endógena o ciento por ciento exógena no existen (de hecho no figuran como tales en las clasificaciones actuales), pero en cualquier caso el equilibrio de los neurotransmisores sinápticos se ve afectado, y la corrección de éste desequilibrio resulta en una mejoría clínica.



Por lo que al **tratamiento** se refiere debemos combinar la modificación ambiental con el tratamiento farmacológico. Para obtener una modificación ambiental que favorezca el incremento de la autoestima y las vivencias de seguridad en el terreno afectivo es imprescindible la colaboración de los padres. Es importante no culpabilizarlos si queremos obtener una buena colaboración.

La evidencia disponible indica que, como en los adultos, el 75% de los síndromes depresivos mejoran con antidepresivos tricíclicos.

La mayor parte de los tratamientos que fracasan se deben a un diagnóstico incorrecto o a una dosificación insuficiente. Debemos tener en cuenta que los niños metabolizan los antidepresivos tricíclicos con mucha mayor rapidez que los adultos, y para obtener niveles plasmáticos terapéuticos (150 a 300 ng. por cc en el caso de la imipramina) en ocasiones tenemos que subir hasta 5 mg. por Kg. de peso y día.

En estos casos puede hacerse necesario un control electrocardiográfico vigilando que no se produzca un incremento del intervalo PR o una supresión del segmento ST.

Es sencillo controlar el pulso en reposo, que no debe exceder las 130 pulsaciones por minuto; y la tensión arterial, que no debe sobrepasar los 140/90.

Los adolescentes tienen respuestas menos favorables a la imipramina que los niños y que los adultos. Tal vez factores hormonales o simplemente porque el error diagnóstico es más frecuente, debido a las características propias de la adolescencia.

En nuestra experiencia estamos obteniendo buenos resultados con Fluvoxamina<sup>®</sup> ( Dumirox<sup>®</sup> ) en el caso de los adolescentes.

Probablemente esos buenos resultados podrían hacerse extensivos a otros antidepresivos de estructura y acción similares, tales como la Paroxetina ( Seroxat<sup>®</sup> , Motivan<sup>®</sup> , Frosinor<sup>®</sup> ), Fluoxetina ( Prozac<sup>®</sup> , Reneuron<sup>®</sup> o Adofen<sup>®</sup> ) o Sertralina ( Besitran<sup>®</sup> o Aremis<sup>®</sup> ). Hablamos de la Fluvoxamina por disponer de experiencia de "primera mano", al haber concluido un trabajo en el Hospital de San Rafael. Realizado con adolescentes de 12 a 18 años. A doble ciego y con controles de E.C.G., analítica general, análisis hormonal exhaustivo, niveles plasmáticos... así como control de peso, etc... Los controles analíticos se han duplicado en Holanda. Las conclusiones<sup>\*</sup> , publicadas en el VIII Congreso Europeo de Neuropsico- farmacología (Venecia, octubre de 1995), demuestran la inocuidad del fármaco en su uso en la adolescencia.

Aunque el control de eficacia terapéutica no era el objetivo principal del estudio, podemos decir que dicha eficacia ha resultado superior a lo esperado, y nos ha sorprendido que los grupos que aleatoriamente tomaron 50 y 100 mg. ( a doble ciego ) tuvieron resultados prácticamente idénticos.

---

\* Safety and Tolerability of Fluvoxamine in Adolescent Depression. M.Alfonso, R.Ferrer, P. Such.



## APÉNDICE:

### EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS CONCRETOS EN EL SÍNDROME DEPRESIVO

#### ENTREVISTA DIRIGIDA

Puig i Antich y cols. consideran como síntoma significativo, aquel que tenga una duración mínima de 2 semanas.

#### 1.- Humor Deprimido

- 
- a) ¿Te sientes triste por dentro y estás así la mayor parte del tiempo?
  - b) ¿Te sientes peor, más triste, más vacío por la mañana o por la tarde?
  - c) ¿Cuándo empiezas a sentirte mejor?
  - d) ¿Te ocurre esto cada día?
  - e) ¿También los fines de semana?
  - f) ¿Tienes ganas de llorar sin saber por qué?. ¿Cuando y dónde te pasa esto?

#### Notas:

Es útil referirse a períodos de tiempo que tengan significación para el niño: "toda la mañana" "desde que te levantas hasta que vas a la escuela", etc. El ritmo de la depresión suele consistir en empeoramiento matinal y mejoría hacia media tarde. Si existe ese ciclo es muy significativo. Su ausencia puede tener menos valor.

La tristeza y las ganas de llorar de la depresión acontecen en cualquier situación. Es distinta de la tristeza ligada a la angustia de separación, que solamente acontece cuando el niño se separa de sus figuras de vinculación.

#### 2.- Culpabilidad Excesiva

---

Antes que nada hay que aclarar con el niño lo que quiere decir sentirse culpable:

- a) ¿Cómo te sientes después de hacer algo mal?
- b) ¿Te sientes así por mucho tiempo?
- c) ¿Te sientes a veces mal por cosas que han hecho otras personas, pero que tú crees que son culpa tuya?
- d) ¿A veces te sientes culpable sin saber por qué?
- e) ¿Piensas que a menudo mereces que te castiguen?
- f) ¿Crees que eres un chico/a bueno o malo?. ¿Por qué?



### Para los más pequeños:

Te voy a contar como son tres niños y tú tendrás que decirme cual de los tres se parece a ti. El primero es un niño que hace algo mal hecho, no se siente bien por ello y va a disculparse ante la persona perjudicada; ésta le perdona el niño deja de preocuparse por ello. El segundo es como el primero, pero después de que ha pedido disculpas y que le han perdonado, no puede olvidarse de lo que ha hecho y sigue sintiéndose mal durante una o dos semanas. El tercero es un niño que no ha hecho casi nada, pero que se siente mal y culpable por todo tipo de cosas que en realidad no son culpa suya: como que a su madre le duela la cabeza, o que se rompa un plato. ¿Cual de estos niños se parece más a ti?

#### Notas

Es típico de la depresión sentirse culpable, aún por cosas que no son responsabilidad del niño. El niño puede pensar que deberían castigarle más, o estar convencido de que el malo o indigno, el más malo incluso. También puede tener ideaciones acerca de que el castigo está cerca, en forma de enfermedad, o que el fin del mundo está cerca.

### **3.- Anhedonia. Falta de Interés**

- 
- a) ¿Piensas que te lo pasas mejor que tus amigos, o peor que ellos?
  - b) Durante tus horas libres, ¿te diviertes?
  - c) ¿Cuáles son tus pasatiempos favoritos?
  - d) ¿Te diviertes con ellos igual que antes?
  - e) ¿Disfrutas con lo que haces tanto como antes?
  - f) ¿Te aburres mucho? (diferenciando el "aburrirse" por no saber que hacer de la "desgana" propia de la depresión)
  - g) ¿Tienes siempre ganas de hacer cosas?

#### Notas

Los niños con depresión presentan dificultad para disfrutar en muchas ocasiones. En la ansiedad de separación, en cambio, solamente aparecen estos síntomas en ausencia de las figuras de vinculación.

Es demostrativo que el aburrimiento se manifieste en muy diversas situaciones y ambientes, incluso ante la disponibilidad de estimulación, y que esté presente al menos un 50% del tiempo.

### **4.- Ideación y Conducta Suicida**

- a) ¿Alguna vez has pensado en matarte?
- b) ¿Has pensado cómo lo harías?
- c) ¿Lo has intentado , o lo has empezado a intentar, alguna vez?
- d) ¿Hasta dónde has llegado si lo has intentado?
- e) ¿Qué hiciste?
- f) ¿Realmente deseabas morir?
- g) ¿Qué pasa después de la muerte?
- h) ¿Por qué deseabas morir?

¿Cuántas veces lo has intentado?



### Notas

Es necesario llevar esta parte de la entrevista con gran delicadeza y de forma gradual. Es pertinente abordar este punto si el niño ha contestado en este sentido algunas de las preguntas de una escala neutra, como por ejemplo la escala TAMAI (cf. 4.4.1.3.).

Aunque el riesgo de suicidio es bajo durante la pubertad, hay que tener cuidado con los adolescentes que presentan problemas de conducta. El suicidio puede ser el acto final de una crisis de disciplina.

Aunque la existencia de una fe en el más allá parece ser un freno para el suicidio, a veces el deseo de castigo es tan fuerte que no representa una ayuda sino todo lo contrario.

### **5.- Cambio en los Patrones de Sueño**

- 
- a) ¿Te cuesta dormir por las noches? ¿ Cuánto tardas en dormirte?
  - b) ¿Te despiertas por la noche?
  - c) Si te despiertas, ¿ te vuelves a dormir pronto?
  - d) ¿Te despiertas demasiado pronto por la mañana, es decir, antes de la hora en que solías levantarte? ¿ Cuánto tiempo?
  - e) ¿Te despiertas cansado o descansado por la mañana?

### Notas

Cualquier trastorno de sueño puede acontecer durante la depresión. Clásicamente se señala el despertar temprano y la astenia matinal. Pero lo cierto es que cualquier tipo de alteración puede tener valor diagnóstico. Como signos muy evidentes: tardar más de 1 hora en dormirse o despertar 1/2 hora antes de lo normal, en niños a quienes antes no sucedía.

La astenia matinal se refiere como algo independiente de si se ha dormido bien o no. El niño se siente cansado al levantarse, y no se recupera fácilmente.

### **6.- Cambios en el Apetito y/o en el Peso**

- 
- a) ¿Tienes ganas de comer la mayoría de los días?
  - b) ¿Te apetece comer?
  - c) ¿Tienes hambre?
  - d) ¿Comes igual qué antes, la misma cantidad más o menos?
  - e) ¿Te gustan las mismas cosas de comer que antes?

### Notas

En la depresión puede haber pérdida de apetito o aumento de apetito. Es más frecuente la pérdida. Algunos niños desarrollan, durante el episodio depresivo, un "paladar dulce". No se considera como anorexia si el niño informa que su apetito por los dulces es bueno y la ingesta de comida no parece haber disminuido.

En niños y adolescentes la pérdida de peso no puede evaluarse comparando el peso actual con el anterior, ya que el peso aumenta en función del paso del tiempo. Un peso que se mantenga estable puede considerarse como pérdida.

Si los datos acerca de la pérdida de peso no son fidedignos, la entrevista debe profundizar acerca de cambios en el patrón de ingesta, cambios en las preferencias o en la cantidad de comida ingerida.



Frente a dudas, el registro de la dieta durante tres días puede ayudar a la evaluación final.

---

---

---

### 7.- Dificultad para Concentrarse y Pensamientos Enlentecidos

- a) ¿Te cuesta seguir el hilo de la explicación del profesor?
- b) ¿Te es difícil prestar atención a lo que el profesor dice, o a tu trabajo?
- c) ¿Sabes lo que significa concentración? ¿Puedes decirme lo qué significa?
- d) ¿Te cuesta concentrarte mientras lees, estudias... o cuándo haces los deberes?
- e) ¿Tienes que esforzarte más que antes?
- f) ¿Te cuesta leer o seguir el hilo de lo que estás haciendo porque no lo entiendes?... ¿o mas sencillamente porque no te importa?... ¿o porque ha algo que te preocupa?... ¿o porque no puedes prestar atención todo el rato y te distraes fácilmente?
- g) ¿Puedes prestar atención a cosas que te gusta hacer, como mirar la TV, jugar con video juegos, hacer construcciones, etc.?

#### Notas

En general, durante la prepubertad, la información del maestro puede resultar bastante fiable.

Las malas notas, por sí solas, no son índice de falta de atención. Pueden indicar desinterés, dispedagogía, u otra causa. Por otra parte, la ausencia de deterioro escolar tampoco indica en forma inequívoca que la concentración sea normal.

Si el niño dice que últimamente se debe esforzar más que antes, es probable que sea debido a los problemas de concentración ligados a la depresión.

### 8.- **Fatiga, Cansancio Excesivo, Falta de Energía**

- a) ¿Te encuentras cansado a menudo?
- b) ¿Te cuesta mucho empezar a hacer las cosas?
- c) ¿Te encuentras igual de cansado todo el día?
- d) ¿Te encuentras igual de cansado durante todos los días de la semana?
- e) ¿Y los fines de semana?
- f) ¿Te cuesta mucho levantarte por las mañanas?

#### Notas

La astenia y la falta de energía son síntomas infrecuentes en niños sin problemas. Su presencia es un buen indicador de trastorno. En ausencia de una causa orgánica que lo justifique, pueden ser indicadores depresivos. Pueden llegar a ser muy acusadas, con sensación intensa y penetrante de fatiga, y sensación de estar como exhausto la mayor parte del tiempo.

Los niños deprimidos suelen tener astenia matinal. Algunos refieren que se encuentran menos cansados conforme discurre el día.

### 9.- **Agitación y Lentitud Psicomotriz**

---

Es un signo clínico de exploración, o de simple observación.



Puede complementarse en la anamnesis efectuada a padres.

### Notas

Las indicaciones de las personas próximas al niño (padres, maestros, etc.) suelen ser importantes y deben evaluarse como indicadores del estado actual.

## 10.- Síntomas Psicóticos

### A) Alucinaciones

\_\_\_\_\_ a) ¿Te ocurre alguna vez que oyes voces estando sólo, o cuándo no hay nadie que te esté hablando?

b) ¿Ves visiones o cosas que no están?

c) ¿A veces notas olores que otras personas no pueden oler?

d) ¿Alguna vez has notado que alguien te ha tocado cuando en realidad no hay nadie, o has notado cosas que recorren tu piel, y en realidad no hay nada?

e) (Para alucinaciones auditivas) ¿Oyes estas cosas cuando estas dormido o cuándo estás despierto? ¿Sólo cuando estás dormido o a veces también cuándo estás despierto?

### B) Delirios

a) ¿Hay veces que tu imaginación te gasta bromas?

b) ¿Sabes cosas que otras personas no conocen?

c) ¿Crees en cosas que otras personas, o tus padres, no parecen creer?

d) ¿Estás seguro de que es así? (o bien) ¿Sólo crees que es así? ¿Por qué estás tan seguro? ¿Cómo lo sabes?

### Notas

Los delirios más frecuentes en la depresión mayor son congruentes con el estado de ánimo: culpa, pobreza, somáticos, nihilistas o de persecución. Es probable que el vínculo común sea que el niño dice que "todo le está sucediendo porque él es un niño horrible y malo".

Una característica clara de los delirios es que el niño dice estar del todo seguro, pero que no puede aportar pruebas que demuestren la lógica de sus creencias. Si el delirio parece evidente, es necesario aclarar el conocimiento del chico y su sentido de realidad.



**Centre Londres 94**  
Psiquiatria - Paidopsiquiatria



**FAMILIANOVA SCHOLA**  
Fundació Novasageta

Equip d'atenció per al desenvolupament i millora de la família

