

Depresión en niños y adolescentes

Cuando dar medicación

Roberto Chaskel

RESUMEN

Los trastornos del ánimo siguen siendo los mejores predictores de suicidio en adolescentes. Entre más temprano se instala el trastorno del humor, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio. El síntoma depresión no es sinónimo de tristeza o infelicidad, pero ambos son elementos de la depresión. La depresión como síndrome requiere la combinación de signos y síntomas que en el caso de los niños, por ser individuos en desarrollo, es de forma y cantidad variables. La depresión de niños y adolescentes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos y psiquiátricos, el desempeño escolar y la familia. En las clasificaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Psiquiátrica Americana los criterios de depresión son esencialmente los mismos en niños, adolescentes y adultos. Se ha propuesto que los niños exhiben sintomatología depresiva con síntomas no depresivos denominados equivalentes no depresivos. Estos pueden ser trastornos psicósomáticos, trastornos de la conducta y funcionamiento inadecuado en lo social y académico. Los reportes clínicos sobre depresión infantil muestran cambios permanentes en la conducta del niño. Algunos estudios de seguimiento muestran que éstos niños son más susceptibles a las infecciones y al retraso en el desarrollo. Entre los siete y diez años de edad pueden presentar baja autoestima, aislarse voluntariamente, reconocer elementos intimidantes en su ambiente, evitar experiencias potencialmente frustrantes y reaccionar ante ellas con ansiedad, rabia, tristeza o desinterés. En niños de edad puberal los mecanismos de defensa patológicos se acercan al modelo de la depresión adulta y obliga a los padres a reaccionar con su recurso adulto. Entre las variantes clínicas de la depresión están el trastorno depresivo mayor que es el más frecuente y el trastorno bipolar. En cuanto a la comorbilidad, los cuatro diagnósticos más frecuentes en su orden son: los trastornos de ansiedad, disruptivos, abuso de sustancias y anorexia nervosa. La combinación de psicoterapia, psicoeducación y psicofarmacología ha demostrado ser útil.

PALABRAS CLAVE: depresión, trastornos de ansiedad, anorexia nervosa, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor (*Acta Neurol Colomb 2006;22:195-200*).

SUMMARY

Mood disorders are the best predictor of suicide in adolescents. Between more early the mood disorders settles, greater it is the risk of suicide and attempts of suicide. Depression symptom is not synonymous of sadness or infelicitous, but both are elements of the depression. The depression as syndrome requires the combination of signs and symptoms that in the case of the children, being developing individuals, will be variable. Depression of children and adolescents has a deep implication in medical and psychiatric culture, economy, services, scholar performance and family life. In today's classifications of the Worldwide Health Organization and American Psychiatric Association the depression criteria are essentially the same in children, adolescents and adults. Children must exhibit depressive symptoms with nondepressive equivalent; these can be psychosomatic, behavioral or social upheavals. Clinical reports on infantile depression show permanent changes in children behavior. Some studies show that these children are more susceptible to make infections and delays in the development. Between seven to 10 years old they can present loss of self-esteem, auto-isolation, and recognitions of intimidate elements in his atmosphere, and to avoid potentially frustrating experiences they react with anxiety, rages, sadness or disinterestedness. In children of pubertal age the pathological mechanisms of defense approach the model of the adult depression and force the parents to react with their adult resource. Between the clinical variants of the depression they are the major depressive disorders than it is the most frequent and bipolar disorder. As far as the comorbidity, the four more frequent diagnoses are: anxiety disorders, disruptive, abuse of substances and anorexia nervosa. Depression in children and adolescents is a frequent clinical picture and can persist until the adult life. The combination of psychotherapy, psychoeducation and psychopharmacology has demonstrated to be useful.

KEY WORDS: adjustment disorders, anxiety disorders, anorexia nervosa, bipolar disorder, depressive disorders (*Acta Neurol Colomb 2006;22:195-200*).

Recibido: 13/01/06. Revisado: 18/01/06. Aceptado: 20/04/06.

Roberto Chaskel. Coordinador Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia. Profesor Asociado. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Militar Nueva Granada. Escuela de Medicina. Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: chaskel@cable.net.co

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que los trastornos depresivos son causa primaria de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida con una prevalencia de 8.3 por ciento. Los trastornos depresivos mayores tienen una prevalencia igual en niños y niñas, cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres. Los trastornos del ánimo siguen siendo los predictores más altos de suicidio en adolescentes y entre más temprano se instala el trastorno del humor, mayor es el riesgo de suicidio y de intento de suicidio (1).

La tristeza se califica como una reacción emocional normal. El síntoma depresión no es sinónimo de tristeza o infelicidad, pero ambos son elementos de la depresión. El síntoma depresión ocurre en muchos trastornos psiquiátricos y físicos. La depresión como síndrome requiere la combinación de signos y síntomas que en el caso de los niños por ser individuos en desarrollo será de forma y cantidad variable (2).

Se registra la depresión como un trastorno cada vez más temprano en la vida. La depresión de niños y adolescentes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos y psiquiátricos, el desempeño escolar y la familia. Este trabajo pretende actualizar el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en niños.

FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

En las clasificaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Psiquiátrica Americana los criterios de depresión son esencialmente los mismos en niños, adolescentes y adultos. Este hecho está en permanente revisión ya que su validez es muy discutida.

El DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (3) permite diagnósticos diferenciales y de comorbilidad mientras que el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (4) aunque sigue lineamientos similares al del DSM-IV propone categorizar a los niños de la misma manera que a los adultos.

El desarrollo de teorías bioquímicas sobre depresión se basa en los estudios de los antidepresivos más modernos y en hallazgos que han demostrado que al igual que los adultos, los niños, son susceptibles de mejorar con la medicación. Estudios epidemiológicos con criterios estandarizados de reconocimiento psicopatológico en la población, han podido diferenciar grupos de niños normales de los niños depresivos (1).

Se ha propuesto que los niños exhiben sintomatología depresiva con síntomas no depresivos denominados equivalentes no depresivos. Estos pueden ser trastornos psicósomáticos (trastornos gastrointestinales y cefalea), trastornos de la conducta (delincuencia e irritabilidad) y funcionamiento inadecuado en lo social y académico. La idea sobre la existencia de equivalentes depresivos abre un nuevo aspecto en la discusión sobre la sintomatología de la depresión infantil. Algunos autores proponen que los niños al deprimirse manifiestan los síntomas directamente y no por los equivalentes postulados arriba, y que son síntomas típicos de una falta de maduración cerebral los que producen un cuadro clínico diferente al que se encuentra en adultos (5, 6).

Algunos estudios han demostrado anomalías biológicas similares a las que se encuentran en adultos. Índices bajos de MHPG que simulan el trastorno del ritmo circadiano de los depresivos adultos también se han reportado en niños. Altos niveles de cortisol, al igual que la no supresión en la prueba de la dexametasona se han reportado en niños y adultos depresivos. Una baja de la secreción de la hormona de crecimiento e hipoglicemia se encuentran en niños y adultos. Sin embargo en los periodos de latencia del REM hay discrepancias entre los dos grupos etáreos (7). Pero los mismos autores llaman la atención a que ciertas escalas pueden recoger falsos positivos ya que la tristeza también se presenta en otros grupos de enfermedades. (8) Las teorías del aprendizaje señalan que los hijos sanos pueden aprender a funcionar depresivamente, sobretodo si el funcionamiento genera algún tipo de ganancias al interior del individuo. La incidencia de depresión es más alta en hijos de padres que han cometido un suicidio exitoso (9).

DESARROLLO Y DEPRESIÓN

Varios reportes clínicos sobre depresión infantil muestran cambios permanentes en la conducta del niño. Rene Spitz, en sus trabajos clásicos sobre hospitalismo y depresión anaclítica, describió como los niños se alejaban del ambiente, volviéndose apáticos y desinteresados después de la separación de la madre. Estudios de seguimiento muestran que éstos niños son más susceptibles de hacer infecciones y retrasos en el desarrollo. John Bowlby recalcó los tres estados de protesta, desesperanza y aislamiento en niños privados de la figura materna (5).

La reacción emocional más grande, según la descripción de Margaret Mahler (5), está en el concepto relacional donde el niño reacciona o bien apartándose oposicionalmente de la madre o uniéndose a ella de manera excesiva (5, 10).

A medida que el niño llega a la edad escolar se transforma su cognición y su habilidad social por dos elementos: el juego social y el uso del lenguaje. La tristeza se vuelve la forma de expresar pérdidas y frustración. La disforia hace parte del proceso de rabia que puede acompañar el contexto cognitivo del niño. Este desarrollo hace honor a la observación de Jean Piaget de que el niño funciona intuitivamente, sin dar razón por sus juicios o experiencias. Es raro encontrar a ésta edad niños que se mantengan persistentemente tristes, a menos que sufran de una enfermedad crónica o que vivan con una familia maltratante (5).

Niños entre 7 - 10 años de edad pueden presentar baja autoestima, aislarse voluntariamente, reconocer elementos intimidantes en su ambiente, evitar experiencias potencialmente frustrantes y reaccionar ante ellas con ansiedad, rabia, tristeza o desinterés.

En niños de edad puberal los mecanismos de defensa patológicos se acercan al modelo de la depresión adulta y obliga a los padres a reaccionar con su recurso adulto. En ésta edad los síntomas psicósomáticos, así como los cambios de apetito y de sueño se hacen más relevantes. Conductas de autorriesgo, ocasionalmente antisociales, tales como la piromanía y la cleptomanía se pueden presentar afectando la permanencia del niño en el colegio. A nivel más íntimo se pueden presentar fobias y fantasías ansiosas que conforman un

cuadro que puede llevar al aislamiento. La conducta social puede compensatoriamente aparecer buena cuando el individuo consigue compañía con el propósito de evitar la ansiedad que se presenta como consecuencia de la soledad, de ahí que muchas familias no consultan (10).

Toda ésta sintomatología se incrementa de intensidad al llegar a la adolescencia y comienza a tomar cada vez más forma de depresión adulta a medida que el individuo crece (11). Las conductas de autorriesgo, con franca intencionalidad suicida e ideación de muerte, muestran el porque en nuestro medio el grupo con la más alta incidencia de intentos de suicidio y suicidio es el de adolescentes. La falta de placer conduce a la crisis existencial y se acompaña de todos los procesos propios de la fisiología del adolescente como el trastorno del sueño y del apetito. Esta situación desesperante no le permitirá relacionarse con el mundo que lo rodea y así se explica la conducta de no buscar ayuda.

La ideación suicida siempre es una urgencia y normalmente sucede a deshoras. La mayor parte de las veces la ideación se consolida en la noche, no se expresa en el día y algunas veces se acompaña de una sensación de sorpresa ya que el adolescente logra enmascarar sus sentimientos con una sonrisa y un discurso que ocasionalmente expresan el opuesto de sus sentimientos (12, 13)

Lo anterior explica porque la depresión en la vida infantil y en la adolescencia al no recibir tratamiento, tiene implicaciones tan profundas en el desarrollo de la personalidad del individuo que puede determinar en su futuro la calidad de vida, las relaciones que establece, el desarrollo de adicciones y el retiro de la escuela (14).

VARIANTES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

Trastorno depresivo mayor: es el más frecuente con una incidencia de 2 por ciento en niños y 4-8 por ciento en adolescentes. Las niñas adolescentes presentan el cuadro con una frecuencia dos veces mayor que los varones (15, 16). Su clínica ocasionalmente cursa con síntomas psicóticos y es de difícil diagnóstico en menores de nueve años. Su sintomatología corre con baja autoestima, preocupaciones, alteraciones del apetito

y del sueño, falta de concentración, letargo, aislamiento y anhedonia. Ocasionalmente se presentan síntomas somáticos comórbidos que pueden ser consecuencia o causa del trastorno. Es el que en estudios familiares y de genética presenta el mayor patrón hereditario (3).

Trastorno distímico: su periodo de duración mayor de un año lo hace crónico. Se puede presentar con trastornos de la alimentación, del sueño, de la energía, sentimientos de autoestima baja, desesperanza, falta de concentración y dificultad para tomar decisiones (3).

Trastorno bipolar: con un alto patrón hereditario. Padres e hijos conocen lo disruptivo que puede ser esta sintomatología al interior de grupo familiar. Cuando se presenta en jóvenes, se presenta con historia de síntomas maníacos o de hipomanía y sintomatología subdepresiva (3).

COMORBILIDAD

Los cuatro diagnósticos más frecuentes en su orden son: los trastornos de ansiedad, (fobias social, ansiedad generalizada mayor), trastornos disruptivos (trastornos de conducta, trastornos de atención), abuso de sustancias y anorexia nervosa (11).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Condiciones médicas: los niños deprimidos pueden presentar cuadros clínicos comórbidos. Estos pueden provocar o ser consecuencia de la depresión. Los más frecuentes son: lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo, anemia, epilepsia, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y síndrome de fatiga crónica. Además el uso de contraceptivos, corticoesteroides, estimulantes y neurolépticos también puede generar sintomatología depresiva.

Duelo: es importante conocer la historia de eventos vitales y de pérdidas como un cambio de escuela, cambio de hogar o desplazamiento (3).

Trastornos del ajuste con sintomatología depresiva: ocasionalmente y durante un período menor de tres meses, mientras el individuo se ajusta a una nueva condición puede presentar sintomatología depresiva similar a la arriba anotada.

Manejo de la ideación suicida y de los intentos de suicidio

Conocer el riesgo de suicidio de un paciente depresivo ofrece la capacidad para desarrollar un plan de protección. El retiro de armas de fuego, medicamentos tóxicos y controlar la huida del paciente, mejoran la posibilidad de evitar un suicidio (17, 18).

Es correcto confrontar con la ideación suicida a todo niño o adolescente deprimido. Sorprendentemente la mayoría admitirán sus ideas después de sentir rapport y confianza con el médico. La mayoría de adolescentes reconocen el alivio después de haber admitido la ideación y recibir la protección por parte de adultos.

El intento de suicidio debe ser manejado medicamente y debe remitirse una intraconsulta a un psiquiatra competente tan pronto el paciente esté en capacidad de relacionarse y cuando la familia así lo proponga.

La familia es un elemento central en la protección del adolescente depresivo. En ella hay que evaluar su capacidad de contención del adolescente antes de asumir que pueden con la carga del cuidado. No se debe olvidar que el adolescente puede ser uno de un par de miembros depresivos en el hogar.

El seguimiento de pacientes con ideación suicidio indica que entre más cerca se mantengan de su proceso terapéutico, mayor será la posibilidad de protección.

TRATAMIENTO

La literatura sobre el tratamiento de la depresión en niños cubre la psicoeducación, la psicoterapia individual, la psicoterapia familiar y la psicofarmacología.

Psicoeducación: la primera etapa de un tratamiento consiste en la explicación al paciente, a su familia y a sus educadores, de que la depresión existe también en niños. Una vez logrado este paso, la adherencia al tratamiento por parte de todos los miembros mejora.

Psicoterapia individual: la psicoterapia es un componente eficaz en el tratamiento de la depresión. Pocos estudios aleatorios se han hecho para ver la efectividad de las diferentes

psicoterapias. Es la experiencia de los clínicos y de los pacientes la que habla en favor de ésta (17).

Terapia familiar: la falta de límites generacionales, la proyección de sentimientos de los padres hacia los hijos, reglas caóticas o demasiado rígidas, relaciones familiares enmarañadas o excesivamente distantes, conflictos maritales son los hallazgos que con más frecuencia se encuentran en las familias de niños y adolescentes deprimidos (19). El terapeuta de orientación sistémica buscará encontrar las causas y los elementos que alimentan y mantienen la sintomatología depresiva buscando que se optimice la comunicación perdida que perpetúa o es causa del trastorno (20).

Psicofármacos: los antidepresivos antiguos y recientes están reservados para los cuadros más intensos de depresión. Pocos estudios se han hecho sobre la farmacocinética y los rangos de dosis en niños. Sin embargo la experiencia clínica muestra que las dosis que se utilizan son similares a las de adultos con efectos positivos comparables.

Antidepresivos tricíclicos: para el uso de antidepresivos tricíclicos (Imipramina, Clomipramina, Amitriptilina) se deben solicitar pruebas electrocardiográficas y estudios de tensión arterial previos a la administración. Los efectos clínicos de éstos medicamentos usualmente no se ven antes de 15 días y la adherencia frecuentemente esta minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis y aumento de peso (7).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): estos medicamentos de reciente ingreso al mercado comienzan a mostrar utilidad en las depresiones más serias en niños, no solo en la experiencia clínica sino también en estudios aleatorios. Su dosis es similar a la de adultos y ocasionalmente se presentan efectos secundarios como mayor impulsividad, cambios del apetito, diaforesis, irritabilidad, dificultades en el sueño y disfunción sexual (7).

La experiencia clínica indica que el tratamiento con psicofármacos continuado puede disminuir efectivamente el riesgo de recaída, motivo por el cual hoy se sugiere un mantenimiento mínimo

por un año después de presentar mejoría. La adherencia sin psicoeducación es difícil de lograr.

CONCLUSION

La depresión en niños y adolescentes es un cuadro clínico frecuente y que puede persistir hasta la vida adulta. La combinación de psicoterapia, psicoeducación y psicofarmacología ha demostrado ser útil.

REFERENCIAS

1. **Fleming JE.** Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29: 571-580.
2. **Angold A.** Childhood and adolescent depression. Epidemiological and Etiological Aspects. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 601-617.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition. Washington, DC. 1994.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición. Organización Mundial de la Salud. 199
5. **Rutter M.** Age changes in depressive disorders: Some developmental considerations. In: Garber J, Dodge K eds: The development of emotion regulation and dysregulation, Cambridge: Cambridge University Press 1991: 273-300.
6. **Puig-Antich J.** Relationship between affective and anxiety disorders in childhood. In: Gittelman R, ed: Anxiety Disorder of Childhood, New York: Guilford Press 1986:136-156.
7. **Kye C, Ryan N.** Pharmacologic treatment of child and adolescent depression. *Child and Adolesc Psychiatric Clin of N. A.* 1995; 4:2, 261-282.
8. **Kovacs M.** Rating Scales to assess depression in school age children. *Acta Paedopsiquiátrica* 1981; 46: 305-315.
9. **Gispert M.** Suicidal adolescents: Factors in evaluation. *Adolescence* 1985;20: 753-752.
10. **Kashani J.** The incidence of depression in children. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1203-1205.
11. **Emslie GJ.** Depressive symptoms by self-report in adolescents. Phase I of the development of a questionnaire for depression by self-report. *J Child Neurol* 1990;3: 114-121.
12. **Asarnow J.** Suicidal ideation and attempts during middle childhood: Association with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. *J Clin Child Psychol* 1992; 21: 35-40.
13. **Barracough BM.** Sex ratio of juvenile suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26: 434-435.
14. **Kovacs M.** Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorder. A longitudinal investigation *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32: 820.
15. **Montenegro R.** Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, Adolescencia y Familia. Uruguay 1958.

16. Lewinson PM. Major depression in community adolescents. Age of onset, episode duration and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33: 809-818.

17. Kestenbaum C. Psychotherapy with children and adolescents. In: Oldham A and Riva B, eds: Review of Psychiatry *Am Psychiatric Press* 1994;13:497-499.

18. Brent DA. Correlates of the medical lethality of

suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;26: 87-91.

19. Poznanski E. Childhood Depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch Gen Psychiatry* 1970;23:8-15.

20. Clarkin J. Inpatient Family Intervention for affective disorders. In: Keitner G, eds: Depression and Families: Impact and Treatment. *American Psychiatric Press*, 1990.