

Depresión en la infancia

XXV Jornada de Pediatría de Álava
29 noviembre de 2014
Dr. Miguel Moreno
Psiquiatra Infantil
Unidad Salud Mental de Irún



LA DEPRESIÓN A LO LARGO DEL DESARROLLO

DEPRESIÓN (según el diccionario de la RAE):

Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

La tristeza en niños y adolescentes no se expresa de la misma forma que en los adultos, fundamentalmente porque los niños y adolescentes, por norma general, se conocen menos a sí mismo y se expresan peor verbalmente que los adultos.

Las personas somos seres fundamentalmente verbales y visuales. Pero llegamos a serlo tras pasar por las distintas etapas del desarrollo en las que vamos entrenando dichas capacidades. Nacemos viendo poco y sin poder hablar. Cuanta menos edad tenemos más recurrimos al resto de los sentidos para relacionarnos con el mundo exterior y, sin duda, a la comunicación no verbal.

Por eso como médicos “adultos” podemos poner en marcha nuestras evolucionadas destrezas para observar a los niños y tratar de entenderlos sin palabras. Si nos fiamos de lo que nos dicen, probablemente erraremos en nuestras estimaciones. Si pensamos en ellos como seres que comunican sin hablar pero que tampoco saben fingir con habilidad, seguramente nos acercaremos a lo que buscamos. Es decir, es necesitamos OBSERVARLOS, en especial durante el juego y las expresiones espontáneas y centrar nuestra observación en la comunicación no verbal (postura, mirada, gestualidad...) o en lo que hacen, ya que, en estados emocionales extremos es más fácil el paso del sentimiento a la acción, sin parada en la reflexión (el pensamiento).

Obviamente, es fundamental tener informadores externos y comunicar con los padres, e incluso los profesores y otros miembros de la familia, para entender la dinámica en la que se está desarrollando el menor. Como dijo Winnicot: “No existe el bebé como tal, sino en la relación con su madre”. Y esto es también aplicable a niños algo mayores. Necesitamos conocer cualitativamente el entorno y las relaciones que existen alrededor del niño.

La definición de la RAE nos da las pistas sobre lo que debemos tener en cuenta cuando exploremos una posible depresión infantil, al hacer referencia a las funciones psíquicas (y neurovegetativas: básicas, del sistema nervioso autónomo) y la tristeza, para no seguir buscando en la verbalización del síntoma la confirmación de nuestras sospechas clínicas.

Las funciones psíquicas y neurovegetativas alcanzan niveles muy diferentes en la etapa perinatal, en la etapa infantil temprana y, desde luego, en la adolescencia y, por eso es imprescindible conocer el desarrollo típico de las personas para tratar de encontrar las presentaciones sintomáticas desviadas de la normalidad, en este caso, por defecto de ánimo –*vitalidad*- o exceso de tristeza. Un resumen de los principales hitos del desarrollo psicológico y neurovegetativo típico, nos hará reflexionar sobre lo que debemos buscar en cada etapa:

ETAPA PRENATAL: Individuo “dudosamente individual” (Winnicott), absolutamente dependiente, con un entorno muy restringido, protegido y poco estimulado, en general. Sus depresiones irán muy vinculadas a las de su madre, su funcionamiento será más o menos adecuado en función de los recursos que le sean presentados. Necesita estimulación para ir desarrollándose pero un exceso de la misma puede ir dejando huellas en la estructura básica que luego tengan su reflejo en estados de ánimo y conductas futuras. Lo ideal sería promover una relación asimétrica basada en la conciencia de la existencia del otro, en la satisfacción de las necesidades y en el estímulo necesario para favorecer el desarrollo del pequeño.

ETAPA NEONATAL: Tras el momento traumático del parto, el hijo ya se diferencia físicamente de su madre y adquiere la autonomía “vegetativa” del sueño, el apetito y la capacidad de relación, todavía en un estadio de dependencia absoluta para ver satisfechas sus necesidades básicas: descanso, alimento y afecto (muy importante el contacto físico). Esto es lo que necesita para desarrollarse y si no se lo damos, estaremos posiblemente disminuyendo su ánimo (“vitalidad”).

Conforme va progresando en su desarrollo el niño va generando potenciales que deberían encontrar su respuesta en el entorno. Pasa de relacionarse sólo con la madre y un poquito con el entorno cercano a ésta, a hacerlo con un número creciente de seres y estímulos en general. Su curiosidad necesita ir encontrando respuesta segura en sus cuidadores. Satisfacer los potenciales que uno presenta se acompaña habitualmente de una emoción positiva (satisfacción) y lo contrario suele acompañarse de emociones negativas (alienación, insatisfacción).

Las personas somos seres sociales, necesitamos el **contacto con el otro**, no sólo a nivel psicológico sino incluso físico (modulación hormonal), como sucede con otras especies de mamíferos.

Por lo tanto, un neonato que salga poco a la calle, que se relacione sólo con sus padres o que esté todo el día viendo la televisión, tendrá muchas dificultades para expresar su vitalidad y no desarrollará sus funciones básicas de forma adecuada. Lo que percibiremos es una relación extrema con sus cuidadores: les produce mucho sufrimiento (preocupados por todo lo que le pasa = vínculo ansioso-ambivalente; queriendo huir o con frialdad emocional= vínculo ansioso-evitativo; o una relación caótica=vínculo desorganizado).

ETAPA INFANTIL (ANTES DE CAMINAR):

Comienzan a relacionarse desde los reflejos innatos y posteriormente van alcanzando la capacidad de realizar acciones intencionadas adquiriendo la capacidad de representación. Con ello, integra el concepto de **persistencia del objeto**, es decir, busca el objeto escondido y sabe que está presente aunque no lo tenga a simple vista. Estos niños mostrarían su depresión por su incapacidad de separarse de sus seres significativos ni realizar cualquiera de sus funciones básicas de forma mínimamente autónoma (comer, dormir, relacionarse).

ETAPA INFANTIL (2 A 6 AÑOS).

Pueden representar algo mediante un significante (*función simbólica*). Utilizan símbolos para representar objetos, lugares, personas... Se amplían sus relaciones ya que comienzan a adquirir el **lenguaje**. Son *egocéntricos* sin ser capaces de distinguir el punto de vista propio del de los demás (ojo en las separaciones de los padres). Durante la etapa infantil (prescolar) un niño va consiguiendo separarse de sus cuidadores sin problemas, integrarse en un grupo de iguales como uno más y entender la autoridad (de los padres y los profesores).

Los niños más pequeños expresan tristeza e indefensión en relación a las percepciones de soledad y vacío, ya que, dependen más de los estados emocionales que del pensamiento organizado. Para los niños pequeños son importantes los factores de crianza y de separación. La depresión en estas etapas, se acompañaría de síntomas psíquicos como rechazo del juego, agitación y timidez. Síntomas psicósomáticos: crisis de llanto, gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.

ETAPA INFANTIL (7 -12 AÑOS)

En esta etapa, son capaces de aprender de forma organizada. Actúan sobre lo real y concreto. Necesitan el orden para sentirse seguros, así como la autoridad de las figuras significativas. Ya no son tan egocéntricos y adquieren la capacidad de ver las cosas desde las perspectivas de los otros, en especial desde los 9-10 años, cuando los lóbulos frontales de su cerebro comienzan a

funcionar a pleno rendimiento. Pueden entender normas y reglas (la moral). Dejan de ser intuitivos y comienza el razonamiento.

En el periodo escolar, predominan los "pensamientos-sentimientos" ya que el niño desarrolla ideas negativas fijas de baja autoestima, que afianzan la depresión, después de haber experimentado pérdidas y separaciones de personas queridas; en la pubertad cuando el niño ya debiera manejar el pensamiento abstracto se presentará la culpabilidad. (Mc. Convilley, 1973)

En esta etapa, la depresión podría manifestarse con síntomas psíquicos como irritabilidad, inseguridad, resistencia al juego, dificultades en el aprendizaje y timidez. Síntomas psicósomáticos: enuresis, encopresis, onicofagia, crisis de llanto y grito.

ADOLESCENCIA:

Es la etapa de la individualidad, de la autoconsciencia. Existe ya un pensamiento abstracto, un razonamiento deductivo (de lo general a lo particular). Aparece la identidad del propio YO (muerte, finitud, virtudes, defectos). De todas las mencionadas, es la etapa que más se acerca la del adulto con predominio de humor depresivo aunque también irritabilidad, alteraciones en el patrón del sueño y el apetito, falta de la capacidad de disfrute, abandono de las actividades...y alteraciones de la conducta (rebeldía). Se inicia el proceso de INDIVIDUACIÓN.

CALSIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL:

a. SEGÚN CIE 10:

En el CIE 10 (OMS, 1995) realiza la siguiente clasificación de la depresión semejante a la de los adultos ya que hoy en día no existe una clasificación específica de la depresión infantil:

- Trastorno adaptativo (F43.2): con síntomas ansioso-depresivos o depresivos prolongados o alteración de las emociones y la conducta.
- Episodios depresivos (F32) (Leve, Moderado o Grave con/sin síntomas psicóticos): Cursa con ánimo depresivo/irritabilidad, alteraciones en el patrón del sueño y el apetito, bajo autoestima, pérdida de interés y pérdida de la capacidad de disfrute principalmente.
 - a. Tr. Bipolar (F31): Acompañado de episodios maníacos/hipomaniacos a lo largo de sus historia.
 - b. Tr. Depresivos recurrentes.

- Distimia (F34.1) Presencia de síntomas depresivos con humor depresivo y/o **irritabilidad** durante la mayor parte del día, durante casi todos los días durante al menos 1 año (2 años en el adulto).
- Trastornos depresivos recurrentes (F33): Repetición de episodios depresivos con separación de al menos 2 meses de periodos asintomáticos y sin antecedentes de episodios maniacos. Los episodios no pueden estar causados por consumo de sustancias ni ninguna enfermedad mental de tipo orgánica.

En la clasificación no se aprecian grandes diferencias entre la sintomatología del adulto y la del niño, pero si se realizan las siguientes distinciones:

- El criterio temporal para la Distimia es de **1 año** para el niño.
- Donde aparece tristeza en el adulto aparece **irritabilidad** en el niño.
- Donde hay **pérdida de peso** en el adulto hay falta de ganancia del mismo en el niño.

Se podría decir que:

- A medida que el niño madura, la clínica se acerca más a la del adulto.
- El niño pequeño se expresa más a través de síntomas somáticos.
- El adolescente se aproxima más al adulto con tres formas clínicas de depresión:
 - *Depresión impulsivo-irritable* (aumento de disforia)
 - *Depresión amotivacional* (disminución de la motivación)
 - *Depresión atípica* (hipersomnia, hiperfagia, otros síntomas neuróticos)

CUÁNDO TRATAR:

Una intervención inespecífica desarrollada durante la propia evaluación, puede facilitar una remisión del episodio.

Recomendaciones más específicas tendrían que planearse de forma diferida tras dos semanas desde el diagnóstico (en especial si hay un claro desencadenante).

Siempre que haya un deterioro funcional muy importante (ruptura).

EVALUACIÓN

Columbia DISC (escalas de depresión): cumplimentadas por padres y pacientes (punto de corte:16)

CDRS-R: *Children's Depression Rating Scale* (cumplimentada por los clínicos)

CGI: escala de impresión clínica global

CGAS: *Children's Global Assessment Scale*

Siempre valorar el riesgo de suicidio

Siempre tener en cuenta la historia familiar

Siempre descartar trastornos médicos relacionados con depresión: anemia, déficits nutricionales, trastornos tiroideos, asma, tratamiento con corticoides, hormona de crecimiento??, hormonas sexuales...

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

- A. 5 O MÁS DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES: humor, placer o interés, apetito/peso, sueño, psicomotricidad, energía, insuficiencia o culpa, alteraciones cognitivas, pensamientos de muerte.
- B. No forman parte de un episodio mixto
- C. Deterioro funcional
- D. No hay otro trastorno mental que explique estos síntomas

ESCALA DE DEPRESIÓN (DISC)

Escala de *sí* o *no*, con 22 enunciados. Punto de corte 16

En las últimas 4 semanas:

1. Te has sentido a menudo triste o deprimido
2. Nada te interesa o te divierte
3. Te has sentido irritable o de mal humor con frecuencia, de forma que incluso pequeñas cosas te hacen enfadar
4. Has perdido peso (más de 2 kg)
5. Has perdido apetito
6. Has ganado peso (más de dos kg)
7. Has tenido más apetito o has comido más que habitualmente
8. Has tenido problemas de sueño: para conciliarlo, mantenerlo o te has despertado antes de lo habitual
9. Has dormido de día más de lo habitual
10. Te has sentido enlentecido...al hablar, al andar, al moverte
11. Te has sentido inquieto...sin poder para de moverte de un lado a otro

12. Sientes que tienes menos energía
13. Te has sentido agotado incluso con mínimos esfuerzos
14. Te has culpado de cosas malas que han pasado
15. Has sentido que eres incapaz de hacer algo bien o que eres menos atractivo o inteligente que los demás
16. No puedes pensar tan rápidamente o con la misma claridad que antes
17. Te ha costado mantener la atención en tus estudios o deberes
18. Te cuesta decidirte o tomar decisiones
19. Has pensado en la muerte, en gente que ha muerto o en morirte tú mismo
20. Has pensado seriamente en quitarte la vida
21. Has intentado suicidarte
22. Has intentado suicidarte alguna vez en tu vida

CONDICIONES COMÓRBIDAS: TDAH, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de conducta (educación, entorno)

QUÉ CONTAR A LOS PADRES:

Asistencia al colegio o rendimiento escolar: dificultades de concentración, disminución de la capacidad de disfrute y fatigabilidad.

Dificultades en las relaciones sociales y familiares: irritabilidad pérdidas de control (enfados) e insatisfacción.

Ganas de participar en actividades: sentimientos de insuficiencia y falta de confianza en sus posibilidades.

Dolores inespecíficos están a veces relacionados con depresión.

Sobre la **etiología**: predisposición hereditaria, factores estresantes, falta de actividades placenteras (presión).

Sobre el **curso esperado**: semanas o meses para volver al nivel anterior si se trata bien. No tratada es difícil que remita en menos de un año y es fácil que recurra.

Sobre el riesgo de **suicidio**: como el riesgo es mayor, hay que observar con mayor atención los riesgos potenciales (fármacos, cuchillas, armas de fuego)

Sobre el **tratamiento**: Ofrecer los disponibles y dejarles participar

Psicoterapias de distintas perspectivas (tener muy en cuenta la edad y el estadio del desarrollo): participación de los padres, privacidad,

características personales del paciente, de su familia y del propio médico. Número de sesiones.

Medicación: ISRS (Fluoxetina), Mirtazapina, Trazodona, Venlafaxina, Bupropion, ... Hablar de efectos secundarios y del curso esperado (plazos: 9-12 meses). Cambios de medicación, dosificación. Ojo citocromo P450.

.
Es necesario monitorizar el tratamiento (semanalmente hasta la estabilización en los casos más graves, luego mensualmente).