

Depresión en niños y

D e p r e s i ó n e n n i ñ o s y

adolescentes

a d o l e s c e n t e s

Paola Pacheco Tochoy, MD

Fellow de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Universidad El Bosque

Médica psiquiatra general, Hospital Simón Bolívar, Bogotá

Docente tutor clínico en Salud Mental, estudiantes VI semestre, Unisanitas

Roberto Chaskel, MD

Especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes

Coordinador, Psiquiatría de Niños y Adolescentes

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada

Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Universidad de los Andes

Universidad El Bosque

Introducción

El número de niños y adolescentes que sufren de depresión continúa creciendo. La depresión como trastorno de estado de ánimo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, aparece como “la principal causa de discapacidad”. Se pronostica que para el año 2020, este trastorno ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos.

Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia. Los trastornos depresivos

tienen una prevalencia igual en niños y niñas, que cambia en la adolescencia a razón de 2:1 en favor de las mujeres. Los trastornos del ánimo siguen siendo los predictores más altos de suicidio en adolescentes y, cuanto más temprano se instala el trastorno depresivo, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio, siendo este de interés en salud pública.

Definición

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo; no obstante, también pueden presentarse algunos de tipo cognitivo, volitivo y físicos. En general, la depresión infantil tiene un modo de

manifestación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos.

Mitos

- Los niños no se deprimen.
- La depresión infantil es una etapa del desarrollo humano normal.
- La depresión infantil es una enfermedad poco frecuente.
- La depresión infantil no existe antes de una edad determinada.
- La depresión infantil es una enfermedad transitoria.

Etiopatogenia

Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, la duración y la recurrencia de trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. No existen causas únicas claramente definidas; se describen múltiples causas divididas en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales y las características propias del niño.

Los factores genéticos son los que han sido estudiados de manera más amplia, aunque no se ha logrado establecer claramente la asociación con un gen o grupo de genes en especial; se ha observado que los hijos de padres depresivos son tres veces más propensos a experimentar depresión. Del 20% al 50% de los jóvenes que presentan el trastorno durante la infancia o adolescencia tiene una historia familiar de depresión u otro trastorno (o desorden) mental; en cuanto a los niños que desarrollan la enfermedad, es más común que uno de los padres también haya padecido depresión en edades tempranas.

Uno de los factores genéticos que se han asociado con el desarrollo de depresión es la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, el cual podría estar influenciado por el gen 5-HTTLPR, ya que se ha observado que los sujetos homocigotos para el polimorfismo 5-HTTLPR tienen mayor reactividad del cortisol

ante el estrés psicosocial, lo que puede aumentar la susceptibilidad a padecer depresión.

Estudios han demostrado que niveles elevados de cortisol por la mañana están asociados con la probabilidad de un nuevo episodio depresivo; además, los niveles de cortisol son más elevados en los hijos de personas depresivas, lo que se supone los hace más propensos a padecer este trastorno.

Existen genes que se han correlacionado con el desarrollo del trastorno depresivo, como son el NTRK3, el G72 y el P2RX7; sin embargo, aún no se tiene clara cuál es la relación de estos genes con la depresión infantil.

En cuanto a los factores ambientales asociados con la depresión en niños y adolescentes, están el abuso sexual, el abandono, los divorcios, las pérdidas afectivas, la muerte de una persona cercana y los desastres naturales.

También eventos vitales como los duelos, las enfermedades médicas crónicas, los factores socioeconómicos, la pertenencia a grupos marginales, el matoneo o cualquier otro que el niño o adolescente interprete como traumático. Se ha planteado que los individuos con predisposición genética son más sensibles a los eventos negativos de la vida que aquellos con un bajo riesgo genético; un hecho importante que debe ser tomado en cuenta como factor de riesgo es la presencia de enfermedades crónicas.

Las características propias del niño que hay que observar son los elevados niveles de ansiedad, la baja autoestima, las distorsiones cognitivas, el pobre desempeño escolar y las deficiencias en sus habilidades sociales, que también pueden contribuir al desarrollo de depresión.

Los dos factores de riesgo más importantes para el suicidio en la infancia y adolescencia son un intento de suicidio previo y el diagnóstico de depresión; cada uno independientemente representa un mayor riesgo de 10-30 veces por suicidio.

Diagnóstico

La identificación de los trastornos depresivos se ha incrementado debido a la mejor definición diagnóstica y al uso de diversos instrumentos de evaluación. El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la *American Psychiatric Association* (DSM-5).

Criterios diagnósticos según la CIE-10

- El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas *somáticos* tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina *melancólicos* o *endogenomorfos*:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales frente a acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual.

La CIE-10 divide el cuadro depresivo en *leve*, *moderado* o *grave* (con o sin síntomas psicóticos). Siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad.

Criterios diagnósticos según el DSM-5

El trastorno depresivo se diagnostica si cumple con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o adolescente.

Signos y síntomas de depresión

No es un trabajo sencillo el descubrir una depresión en un niño. Aún no se ha construido una proposición diagnóstica que diste totalmente de la del adulto. 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.

Los trastornos afectivos son una entidad que tiene expresión distinta según el desarrollo cognitivo y social del niño. La sintomatología y el tratamiento de la depresión dependen de la edad del paciente y de las circunstancias que la precipitaron.

Prescolares (3 a 6 años de edad)

El síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. En niños pequeños, la ansiedad se manifiesta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).

Se observa con cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre sin causa aparente,

somatizaciones, entre las más frecuentes cefaleas y dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabieta frecuentes. También pueden presentar retraso en el peso esperado para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

Escolares (7 años de edad a la pubertad)

Se puede observar cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos.

Adolescentes

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, con conductas de autorriesgo más marcadas; se observan negativistas y disociales, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, tienen marcada irritabilidad, agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia y cogniciones de autorreproche, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima.

En ocasiones, pueden tener pensamientos relativos al suicidio o a las autoagresiones (cortes superficiales en extremidades, abdomen, golpearse contra las paredes, quemarse, pellizcarse, rasguñarse, entre otros).

Es frecuente en cualquiera de las edades de presentación que el trastorno depresivo se manifieste asociado con otros trastornos, como se describe en las comorbilidades de esta revisión.

Comorbilidades y diagnósticos diferenciales

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suelen presentarse de forma aislada. El estudio de la psicopatología infantil ha mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción. Entre el 40% y el 90% de los adolescentes deprimidos padece un trastorno comórbido, y al menos el 20%-50% tiene dos o más diagnósticos comórbidos. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes, en su orden, son: trastornos disruptivos, 40% (trastornos de conducta, trastornos de atención); trastornos de ansiedad, 34% (fobia social, ansiedad generalizada mayor); abuso de sustancias y, en menor frecuencia, anorexia nerviosa.

Un término que se utiliza es la llamada *doble depresión*: consiste en la coexistencia de la distimia y el trastorno depresivo mayor.

La comorbilidad va a cambiar el pronóstico clínico por la implicación en la respuesta a los tratamientos, la mayor persistencia sintomática, la mayor tendencia a la cronicidad y el mayor riesgo de mortalidad, además del involucramiento en el área funcional, social, familiar, en rendimiento escolar y demás en que participe.

En cuanto a las enfermedades de origen orgánico, hay que tener en cuenta:

- Enfermedades endocrinas:
 - Anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison
- Enfermedades neurológicas:
 - Síndrome poscontusión, epilepsia
- Enfermedades metabólicas:
 - Diabetes, déficit de vitamina B₁₂
- Enfermedades autoinmunes:
 - Lupus eritematoso sistémico
- Enfermedades infecciosas:
 - Hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Fármacos que pueden generar depresión:

- Glucocorticoides sistémicos
- Anticonvulsivantes
- Neurolépticos
- Estimulantes
- Anticonceptivos orales.

Sustancias tóxicas que pueden generar depresión:

- Alcohol
- Cocaína
- Opioides
- Anfetaminas
- *Cannabis*.

También es importante diferenciarlo de los síntomas por un duelo y conocer la historia de eventos vitales y de pérdidas, tales como la de un ser querido, cambio de colegio, cambio de hogar o desplazamiento.

Factores de riesgo

Se han descrito factores genéticos, historia de un trastorno afectivo en familiares de primer grado, pues se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de desarrollar trastornos del humor, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño.

Ser de género femenino y estar en una edad pospuberal, antes de la adolescencia; los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son de 2 a 4 veces más frecuentes en el sexo femenino.

Tener una discapacidad intelectual leve o alguna condición física que los someta a burlas, el llamado *matoneo*, que predispone a sentimientos de soledad, minusvalía y puede configurar un trastorno emocional.

Antecedente de abuso físico y sexual, maltrato psicológico, como existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre

uno de los padres y el niño, la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o la separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

Tratamiento

La guía de la *American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* (AACAP) en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología. En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia.

La guía de la *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH) del Reino Unido recomienda psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo.

A continuación se describe cada enfoque de tratamiento.

Psicoeducación

Es muy importante explicarles a los encargados del niño acerca de la depresión infantil y la aceptación de los padres ante este diagnóstico. Deben reconocerse cuáles serían los factores protectores a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación:

- Encontrar actividades o medios sociales que le puedan generar un buen sentido del humor.
- Tener buenas relaciones sociales, que involucren mejores amigos.
- Tener buenas relaciones familiares; ojalá sean estrechas con uno o más miembros de la familia.
- Que las personas a su alrededor le reconozcan logros personales.

- Que tenga la oportunidad de estar matriculado en alguna actividad lúdica o física.

La psicoeducación también pretende sensibilizar a la familia para reconocer signos y síntomas, riesgos de recaída, dificultades en el funcionamiento académico y las acciones de los medicamentos.

Psicoterapias

La que más reportes de eficiencia y eficacia da para esta población es la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual, que se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados con situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva.

La mayor parte de estos se ha llevado a cabo en adolescentes, encontrándose más limitaciones en su aplicación en niños, ya que su desarrollo cognitivo aún no se ha completado y presentan un mayor grado de dependencia de los padres, lo que obliga a ajustar las intervenciones al estadio evolutivo del paciente.

La terapia familiar ha demostrado ser útil como coadyuvante de las psicoterapias individuales anteriormente mencionadas. Su valor es aún mayor cuando se trata de cuadros de disfunción familiar o de duelo. Lo importante es que la familia esté dispuesta a iniciar el proceso y a realizar los cambios que sean necesarios, dado que en ocasiones la depresión de un niño es la actuación de una conflictiva familiar.

No se dispone de datos suficientes que avalen su eficacia, aunque algunos resultados obtenidos son prometedores. Sin embargo, existen intervenciones familiares que sí han demostrado ser eficaces, sobre todo aquellas que facilitan el acceso a la información de los

padres, así como su participación activa en el tratamiento, como la psicoeducación familiar.

Psicofármacos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión de niños y adolescentes, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad.

El más extensamente estudiado es la fluoxetina, el primero que fue aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años de edad. Otros más frecuentemente utilizados en esta población son: fluvoxamina, sertralina y escitalopram.

A pesar de que algunos ensayos clínicos han obtenido respuestas prometedoras con la paroxetina, este ISRS es el que más resultados negativos ha obtenido en estudios de eficacia en esta población, motivo por el que no se recomienda su utilización actualmente.

Todos los ISRS comparten un perfil similar de efectos secundarios, que incluyen molestias gastrointestinales (que suelen desaparecer después de los primeros días de administración), alteraciones del sueño, fundamentalmente insomnio, aunque algunos pueden dar lugar a la aparición de somnolencia, diaforesis, cefalea, acatisia, disfunción sexual, inquietud, manía e hipomanía.

Antidepresivos tricíclicos

Para el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina), se deben solicitar pruebas electrocardiográficas por el riesgo de arritmias y estudios de presión

arterial previos a la administración. Los efectos clínicos de estos medicamentos usualmente no se ven antes de 15-20 días y la adherencia frecuentemente está minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis, aumento de peso, dolor de cabeza, temblor, disfunción sexual, exantema cutáneo, hipomanía, confusión o psicosis.

Conclusión

La depresión en niños y adolescentes no es un mito, es una realidad cuya prevalencia

va en aumento. La depresión hace parte de los trastornos del afecto; en los niños, el listado de síntomas que hacen los manuales diagnósticos sigue siendo muy deficiente para describir los signos y síntomas que presenta esta población, lo que se convierte en un reto diagnóstico. Si no se trata a tiempo, existe un riesgo más alto de abandono escolar, aparición de sus comorbilidades, abuso de sustancias e intento de suicidio. El trabajo en equipo es lo que genera los mejores resultados. Sensibilizar al pediatra sobre la existencia de este trastorno traerá beneficios para los pacientes, para las familias y para la comunidad en general.

Lecturas recomendadas

1. Birmaher B, Brent D; AACAP Work. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE 2005. National Collaborating Centre for Mental Health. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10970/29856/29856.pdf> 39.
2. Del Carmen Ospina-Ospina F, Hiestrosa-Upegui MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev Salud Pub.* 2011;13(6):908-20.
3. Food and Drug Administration. Labeling change request letter for antidepressant medications. (Actualizado, octubre 28, 2004). Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIlabelChange.htm>.
4. Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Washington (DC): American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP); 2007.
5. Hernández Ó, Méndez Carrillo FJ, Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2014;19(1):63-76.
6. Weitzman C, Edmonds D, Davagnino J, Briggs-Gowan MJ. Young child socioemotional/behavioral problems and cumulative psychosocial risk. *Infant Ment Health J.* 2014;35(1):1-9.

examen consultado

14. El trastorno depresivo en niños y adolescentes va en crecimiento.

Según cifras de la OMS, se pronostica que para el año 2020:

- A. Ocupará el primer lugar entre los trastornos mentales y físicos
- B. Ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos
- C. Ocupará el tercer lugar entre los trastornos mentales y físicos
- D. Ocupará el cuarto lugar entre los trastornos mentales y físicos

15. El trastorno depresivo en niños y adolescentes es un trastorno del humor que afecta principalmente el estado afectivo; sin embargo, otros de sus síntomas son:

- A. De tipo cognitivo, volitivo y físicos
- B. De tipo cognitivo, conductual y enfermedades respiratorias
- C. De tipo volitivo, ideación suicida y físicos
- D. De tipo volitivo, conductual y enfermedades gastrointestinales

16. Al hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo en un niño en etapa preescolar, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- A. Factores ambientales
- B. Síntomas físicos
- C. Síntomas polimorfos de depresión
- D. Síntomas frecuentes de ansiedad

17. ¿En qué consiste la *depresión doble*?

- A. Depresión y trastorno de conducta
- B. Depresión y trastorno por déficit de atención
- C. Depresión y trastorno de ansiedad
- D. Depresión y trastorno distímico

examen consultado

18. El primer tratamiento de elección en la depresión de niños y adolescentes descrito en las guías sería:

- A. Psicoterapia y psicoeducación
- B. Psicoterapia y farmacológico
- C. Solo psicoterapia
- D. Solo farmacológico