

Trastornos depresivos en niños y adolescentes

Elizabeth Rivera Chavez¹

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida.

La depresión Mayor (DM) se define como el estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, durante más de dos semanas, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas entre otros. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño y del adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales^(1,2,3).

Es similar a la del adulto variando enormemente la clínica en función de las diferentes etapas del desarrollo de niño.

Epidemiología

La prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor es más alta en adolescentes que en niños.

La prevalencia actual, pero no de vida, del episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho alcanzó un valor estimado de 5,7% (4,5% a 7,2% IC 95%)⁽⁴⁾.

La prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes. Es una patología que se incrementa con la edad. La diferencia por sexos es significativa después de la pubertad, siendo en la adolescencia 1:2 entre sexo masculino y sexo femenino, pero en mayores de 13 años los varones presentan depresiones más graves y precoces, de peor diagnóstico y asociadas frecuentemente a trastornos de la conducta y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas⁽³⁾.

Etiopatogenia

Aguilar W. define al cerebro humano como un procesador de la información social y genética desde el momento de la concepción hasta el momento en que se entrevista a la persona, cuya resultante final en términos estadísticos se llamará personalidad y todo aquello que se encuentra por fuera de este rango estadístico se llamará trastornos mentales y enfermedades neurológicas⁽⁵⁾.

El desarrollo del cerebro, depende en cierta medida del grado de la penetrancia genética y social, las cuales interactúan a través a lo largo de la vida de la persona, tanto en el periodo formativo (0-18 años), la madurez (18 a 65 años) y deterioro (más de 65 años)⁽⁵⁾. Esta penetrancia se realiza a través de la epigenética, una desregulación de ésta es central en la etiología de los trastornos neuropsiquiátricos⁽⁶⁾. De esta manera, a través de la epigenética y los endofenotipos en el periodo formativo se forma la afectividad predominantemente en los tres primeros años de vida, luego puede modificarse sustancialmente a lo largo de toda la vida⁽⁵⁾.

Por ello, una alteración en el proceso de la formación de esta afectividad por determinantes patogénicas como son los genes FKBP5 del cromosoma 6 y el HTR2A del cromosoma 13⁽⁷⁾, y las determinantes patocinéticas, como son los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo, fueron sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida⁽⁸⁾.

Como resultado de esta interacción se determinarán y expresarán en determinadas circunstancias un trastorno depresivo en infantes, niños y adolescentes, adultos o adultos mayores con una clínica diferente; así mismo, se puede expresar de endofenotipos expresados a nivel metabólico como la teoría de las monoaminas, alteraciones del eje hipotálamo hipofisopararrenal, del neocórtex paralímbico, conformado por la áreas orbito frontal derecha que se extiende hasta incluir el área simétrica del Wernicke del lado opuesto (asiento de los sentimientos), y del paleo córtex límbico (sensaciones afectivas)⁽⁵⁾.

Clínica

La expresión clínica de la depresión mayor depende, del momento del desarrollo del cerebro humano - el período formativo, la adultez o el deterioro del cerebro humano - por esta razón los síntomas de este trastorno son diferentes en los niños los adultos o ancianos.

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo en niños y adolescentes son los mismos que se emplean en el adulto, pero la sintomatología afectiva infantil es variada y va cambiando con la edad, por lo tanto no es igual el cuadro clínico en el preescolar que en el adolescente, por lo que se debería utilizar una descripción evolutiva que recoja las manifestaciones depresivas en cada etapa del desarrollo^(9,10,11). En la tabla 1 se muestran las manifestaciones clínicas de acuerdo a la edad.

¹ Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes del Departamento de Psiquiatría de Niño y Adolescentes del Hospital "Victor Larco Herrera". Docente de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porras (USMP). Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma (URP).

Tabla I
Manifestaciones clínicas TDM según edad ^(12,13)

Lactante	Preescolar	Escolar	Adolescente
<p>Problemas emocionales se expresan a través del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de alimentación <p>Alteraciones de la relación con la figura materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto inconsolable - Rechazo al abrazo - Ausencia de sonrisa social - Inhibición - Letargia 	<p>Trastornos de conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rabietas - Desafíos - Desobediencia <p>Perturbaciones en control esfinteriano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enuresis - Encopresis 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Baja autoestima - Rendimiento académico bajo - Aburrimiento - Aislamiento - Pérdida de interés por los juegos y pares - Manifestaciones somáticas (Cefaleas, dolores abdominales) - Rechazo a ir al colegio - Conducta opositorista - Ideas de suicidio (a partir de los 8 años de edad, idea clara de la muerte como acto irreversible) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas negativistas y disociales - Consumo de alcohol y drogas - Impulsividad - Sensación de fastidio consigo mismo y con el resto - Fugas de casa - Intentos de suicidio

Las manifestaciones clínicas de un niño o adolescente con un trastorno depresivo pueden presentar tres tipos de síntomas ⁽³⁾. En la tabla 2 se muestran los síntomas afectivos, físicos y cognitivos.

Un niño puede presentar varios tipos de trastorno depresivo según la gravedad del cuadro clínico (leve, moderado o grave) ⁽¹⁴⁾.

Evaluación

La entrevista debe evaluar diagnósticos psiquiátricos comórbidos, problemas académicos y psicosociales, eventos vitales negativos, historia psiquiátrica familiar, apoyo social, historia médica, uso de sustancias y funcionamiento global. Un examen mental acucioso es fundamental en el diagnóstico ⁽¹⁵⁾.

Se debe realizar una evaluación diagnóstica psiquiátrica para lo cual se deberá elaborar una buena historia clínica, y exploración del estado mental que debe de ser realizada por clínicos expertos teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo y los factores socio-culturales. La entrevista estará dirigida al niño(a), adolescente, a los padres, familiares profesores, y otras personas que pasen tiempo con el menor. Puede ocurrir que colaboren poco con la exploración por estar irritables y tener dificultad para expresar sus sentimientos.

La evaluación diagnóstica es más difícil a medida que disminuye la edad (los niños pequeños tienen más dificultades para reconocer y entender el significado de sus síntomas, así como para comunicar sus experiencias emocionales y psicológicas a los otros).

Es necesario valorar el episodio depresivo actual, repercusión en el funcionamiento (área familiar, escolar y otros entornos); los antecedentes personales de episodios depresivos, evaluando el curso clínico de cada episodio y explorar antecedentes de trastornos psiquiátricos en los familiares ^(3,16,17).

Se podrá llevar a cabo entrevistas estandarizadas. Pueden ser útiles para el diagnóstico cuestionarios autoaplicados como el Cuestionario de Depresión Infantil (CID) para población entre 7 y 17 años de edad.

Es importante identificar algunos factores de riesgo:

- Factores hereditarios.
- Endocrinos: aumento de cortisol y disminución de la hormona del crecimiento.
- Neurológicos: se reduce la acción del neurotransmisor cerebral llamado SE.
- Factores psicológicos como experiencias de fracaso, ausencia de control sobre los acontecimientos negativos y pobres habilidades de resolución de problemas, baja autoestima, pocas habilidades sociales de comunicación (comparados con los niños no deprimidos) y obtención de pocos refuerzos por parte de personas significativas.
- Factores socioculturales: factores familiares que se asocian con depresión incluyen depresión parental, muerte precoz de uno de los padres, conflicto o divorcio mal estructurado, problemas familiares, etc.
- Los niños pasan demasiado tiempo solos y delante de la computadora, videojuegos, televisión, etc.
- Factores biológicos: los niños que tienen un padre o

Tabla 2	
Síntomas característicos del trastorno depresivo en niños y adolescentes	
Síntomas afectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Humor triste, deprimido o irritable • Incapacidad para experimentar placer (anhedonia) • Pérdida del interés (apatía) • Labilidad e incontinencia emocional • Aplanamiento afectivo • Irritabilidad, disforia • Insatisfacción, pesimismo generalizado • Aislamiento social • Síntomas de ansiedad y angustia
Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso Psicomotriz (enlentecimiento, letargia, mutismo) • Inquietud Psicomotriz (agitación) • Disminución de la energía (fatigabilidad) • Astenia • Alteraciones del apetito (disminuido o aumentado) • Alteración del sueño (insomnio conciliación, despertar precoz) • Disminución de la libido • Molestias físicas inespecíficas • Activación autonómica
Síntomas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad de concentración • Fallas de memoria (olvidos, despistes) • Indecisión • Distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incomprensión o culpa) • Baja autoestima, ideas de inutilidad • Rumiación del pensamiento persistente negativa • Ideas de muerte y suicidio • Ideas delirantes (congruentes con el humor)

ambos padres deprimidos tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo.

Diagnóstico diferencial⁽³⁾

- **Tristeza Normal**, es un sentimiento puntual y concreto ante un estímulo presente. Por ejemplo, la muerte de

un ser querido. En cambio, en la tristeza patológica es un estado más estable y duradero en el tiempo; estos síntomas se asocian al sufrimiento y malestar interno, y a la alteración en el funcionamiento del paciente.

- **Enfermedad Bipolar**, tener en consideración los antecedentes de manía o hipomanía.

Tabla 3

Características diagnósticas del Trastorno depresivo mayor DSM V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es ⁽¹⁾ estado de ánimo deprimido o ⁽²⁾ pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
(**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
(**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida⁽¹⁾.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

- **Trastornos de Ansiedad**, el paciente puede estar hiperalerta, tener sensación de tensión interna, pánico, evitación fóbica, inseguridad, etc.

- **Abuso de Sustancias** (intoxicación aguda o abstinencia), puede provocar síntomas depresivos.

- **Esquizofrenia** (alteración del pensamiento primario), ideas delirantes y alucinaciones, tienden a ser extrañas⁽¹⁷⁾. Es importante establecer el orden cronológico de la aparición de los síntomas depresivos y psicóticos y evaluar la persistencia en el tiempo⁽³⁾.

- **Trastornos de Aprendizaje**, frecuentemente son síntomas depresivos secundarios al fracaso escolar.

- Enfermedad Médica

- En algunas ocasiones, el trastorno depresivo se manifiesta con síntomas físicos que se pueden confundir con una enfermedad médica. También puede ocurrir que algunas enfermedades médicas pueden provocar síntomas depresivos⁽¹⁸⁾.

Comorbilidad

Frecuentemente la comorbilidad dificulta el diagnóstico, siendo que aumenta el impacto en el funcionamiento global del niño, con pobre respuesta al tratamiento y favorece las recaídas, empeorando así el pronóstico y la necesidad de un esquema agresivo

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Cerca del 30 % de niños deprimidos presentan un TDAH⁽¹⁹⁾.

Trastorno de Ansiedad

La mayoría de los niños con depresión presentan síntomas de ansiedad y aproximadamente un 50 % presentan un Trastorno de Ansiedad que es diagnosticable.

Trastorno del Comportamiento

El trastorno de Conducta puede asociarse a la depresión sobre todo en los niños más pequeños⁽¹²⁾.

Abuso de Sustancias

Los adolescentes con depresión mayor suelen tener asociado abuso o dependencia de alcohol o consumo de otras drogas.

Trastorno de la conducta Alimentaria, muchas veces los trastornos de la alimentación bulimia o anorexia se asocian a la depresión⁽³⁾.

Tratamiento

El plan de tratamiento debe de organizarse con un abordaje multidisciplinario⁽³⁾. Con la intervención psicoterapéutica (individual, familiar) y farmacológica. Debiendo tener en cuenta la edad del paciente, duración y severidad de los síntomas, la existencia de comorbilidad, así como factores que podría prolongar el trastorno.

El tratamiento de un episodio depresivo debe de estar dirigido a reducir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño, acortar la duración del episodio y disminuir el riesgo de la aparición de comorbilidad psiquiátrica (por ejemplo el uso de sustancias).

Tratamiento Farmacológico

Los niños menores de 5 años suelen ser más sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos en comparación con los niños de más edad. Cualquier consideración de prescribir un antidepresivo en un niño o bebé por debajo de la edad de cinco años debe ser muy cuidadosamente evaluado por un médico con entrenamiento especial y experiencia en este rango de edad⁽²⁰⁾.

Por lo que se desaconseja prescribirlos, más aún si el cerebro humano está en constante desarrollo. Por ello se deben priorizar intervenciones de desarrollo (por ejemplo, terapia del lenguaje, terapia de aprendizaje o terapia ocupacional) e intervenciones psicosociales (por ejemplo, terapias de padres e hijos). Según lo requiera el caso individualizado.

Los fármacos antidepresivos también son utilizados en la población infantil con trastorno depresivo mayor⁽²¹⁾. Ésta indicación deberá ser informada al paciente y su familia.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina son los antidepresivos, más usados en la población infante juvenil, debido a su eficacia, tolerancia y seguridad⁽²²⁾.

En población entre 6 y 17 años la Fluoxetina es la más usada, iniciando con una dosis de 10 mg, con un rango de 20-60 mg/día⁽²²⁾⁽²³⁾.

Otro IRSS utilizado es la sertralina iniciando con una dosis de 25 mg/día, pudiendo llegar a una dosis de 200 mg/día si el caso lo requiere⁽³⁾.

El apoyo de la Terapia Cognitivo Conductual en niños y adolescentes es la técnica más utilizada y efectiva⁽³⁾.

Referencias bibliográficas

1. **Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes.** Clasificación de la CIE 10 de los trastornos Mentales y del comportamiento en niños y Adolescentes. Editorial Médica Panamericana 1996.
2. **Rodríguez A, Granada O.** Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia REV. CLÍN. MED. FAM. 2007;1(6):270-276.
3. **Carballo JJ, et al.** Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Trastornos Depresivos, 2011;9:145-166.
4. **Vargas H, y col.** Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. Rev Neuropsiquiatr 2010;73(3):90.
5. **Aguilar W.** Neurociencias y psiquiatría: la historia clínica integrada, Fondo Educativo comunicacional CMP, Primera ed. 2014;65.
6. **Bhavya R.** Epigenetics in the nervous system: An overview of its essential role, Indian J Hum Genet. 2013;19(4):384-391.
7. **DNA Learning Center:** Preparing students and families to thrive in the gene age (citado mayo 2014). Disponible en: <http://www.dnalc.org/view/1464-Candidate-Genes-for-Depression.html/>.
8. **Vargas H, y col.** Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. Rev Neuropsiquiatr 2010;73(3):84.
9. **Joan L, Luby MD.** Early Childhood Depression. Am J Psychiatry 2009;66:9754-9979.
10. **Iruela LM, et al.** Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescente. InfTer Sist. Nac Salud 2009;33:35-38.
11. **Oliver E.** Acerca de los niños y sus realidades. El niño y la depresión. Edición Libro Amigo. 2001;151-162.
12. **Harrington R.** Affective disorders. En: Rutter M Taylor E, ed. Child and Adolescent Psychiatry. 4 ed Oxford: Blackwell Publishing, 2003; 463-485.
13. **Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C.** El cuadro clínico de la depresión en los niños en edad preescolar. J Am Acad Child Adolesc Psiquiatría 2003;42:340-348.
14. **Asociación Americana de Psiquiatría Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.** Arlington VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
15. **Larraguibel M.** Depresión y Distimia en niños y adolescentes. Boletín especial sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia año 14 - noviembre 2003.
16. **Wicks-Nelson R, Allen C. Israel.** Psicopatología del niño y del adolescente. Tercera edición, 1997;142-173.
17. **Morales JC.** Psiquiatría de niños y adolescentes, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009.
18. **Soutullo C, Mardomingo MJ.** Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Edit. Médica Panamericana 2011;150.
19. **Biederman J, et al.** Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Pptems of comorbidity in probands and relatives psyschiatrically and pediatrically referred samples. Arch Gen Psychiatry, 1992;49(9):728-738.
20. **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** Policy Statement: Prescribing Psychoactive Medication for Children and adolescents. http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/prescribing_psychoactive_medication_for_children_and_adolescents. Revised and Approved on September 20, 2001. Accessed September 27, 2011.
21. **Bimaher B, et al.** Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007;46(11):1503-1526.
22. **Manual de Psicofarmacología de Niños y Adolescentes.** Noviembre del 2005;36,59,71.
23. **Robert L. Findling, MD.** Clinical Manual of Child and Adolescent Psychopharmacology. Primera Edición. 2008.



NUEVO CORREO ELECTRÓNICO:

alafarpe@alafarpe.org.pe

NUEVO DOMINIO WEB:

www.alafarpe.org.pe