

## LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Durante mucho tiempo, la comunidad científica sostenía que la depresión infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños). Sin embargo, en el mundo real existían niños deprimidos y algunos clínicos – a partir de los años 40 y desde el campo de la psicología aplicada - empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia. Ya en el año 1975 la **depresión infantil (DI)** fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.

El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera.

En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos, como: somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis (micciones incontroladas), etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc.).

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo.

### **1. DEFINICIÓN**

El término depresión se usa para describir un estado de humor o ánimo y se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación y desaliento. El eje principal de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás.



La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que la que ocurre en todo niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber:

- Los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta (existencia de una depresión infantil evolutiva).
- Existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de depresión infantil enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

## **2. CRITERIOS Y SÍNTOMAS EMOCIONALES**

Los expertos en el tema de depresión infantil han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida.

Las depresiones infantiles pueden afectar también: la afectividad, presentar enfermedades psicosomáticas e incluso pueden presentarse síntomas que indican el aislamiento emocional y de contacto con la realidad. Son niños que parecen tristes, desgraciados, sin que sea necesario que se quejen de sus desgracias. Demuestran poco interés por las cosas, da la impresión de que se aburren con escasa capacidad para el placer e incluso presentar conductas de inadaptación, que se manifiestan a través de agresividad y/o aislamiento, hiperactividad, trastornos de atención, etc. Una confirmación del estado depresivo se da cuando el niño se autocrítica en exceso, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte.

## **3. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

Los niños que presentan dificultades en la esfera de la separación o ante las limitaciones paternas, reaccionan con conductas de inhibición. Pueden parecer niños tristes, infelices, llorosos. Las limitaciones cognitivas, afectivas y de lenguaje impiden al niño comprender la noción de futuro, anticipar las consecuencias de la conducta, o incluso, mantener cambios en el estado de ánimo más allá de lapsos cortos de tiempo.



Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil:

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- **Cognitivo:** la existencia de juicios negativos, experiencias de fracasos, modelos depresivos, indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas.
- **Psicodinámico:** en relación a la pérdida de la autoestima y la pérdida del objeto bueno.
- **Biológico:** por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

Hay otros autores que postulan tres tipos de depresión infantil:

- **Depresión afectiva:** se caracteriza por expresiones de tristeza, indefensión y desesperanza. Se da más frecuentemente entre los seis y ocho años.
- **Depresión de autoestima negativa:** es más frecuente a partir de los ocho años. Estos sentimientos son consecuencia de ideas fijas acerca de una auto imagen negativa. Es por el resultado de experiencias directas y repetibles de pérdida.
- **Depresión con sentimiento de culpa:** se consideran a sí mismos negativamente y piensan que estarían mejor muertos, para reunirse con la persona fallecida o porque se han portado mal.

#### 4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los porcentajes de depresión infantil detectados entre la población de niños es alrededor del 8 - 10%, de acuerdo a numerosas investigaciones.

Los lactantes y preescolares manifiestan su depresión por síntomas casi exclusivamente psicosomáticos: enuresis (hacer pipí en la cama), onicofagia (comerse las uñas), manipulación genital, miedos nocturnos, llanto. Los escolares lo hacen de forma más a nivel de pensamiento (ideas de suicidio, sentimiento de inferioridad).

La sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos. Las niñas depresivas son tranquilas e inhibidas, incluso se dificulta el diagnóstico, ya que socialmente se espera que las niñas cumplan con estas características; mientras que los niños tienen dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que con inhibición de aprendizaje e irritabilidad, puede llevar a dificultades escolares.

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

## **5. INFLUENCIA DE FAMILIA Y ESCUELA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL**

La familia es el entorno más inmediato del niño; en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano. Pero, no sólo su supervivencia física, sino personal, ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego de la madre y el hijo es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo, la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

En cuanto a la escuela, se sabe que el reconocimiento precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil.

Muchos autores han relacionado la depresión infantil con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho, un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

## **6. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico.

Los instrumentos de evaluación de la depresión infantil varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. Debe preguntarse cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado y qué tan serios son. Además, debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia que hayan sufrido de depresión y cuál fue su tratamiento.

## 7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del niño, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, escolar, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-escolares y mejorar, en general, la calidad de vida del niño, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

El tratamiento de la depresión infantil debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Debe, además, involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar).

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepressivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepressivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

El tratamiento se da en la fase aguda y en la fase de mantenimiento. El tratamiento en la primera fase incluye:

a) **Las Terapias Psicológicas (psicoterapias)**, entre las cuáles las más utilizadas son:

- **Cognitivo-Conductual:** se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.
- **Conductual:** se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.
- **Psicodinámica interpersonal,** familiar o grupal y de apoyo.



b) **El Tratamiento Farmacológico** se basa en el uso de drogas como:

- Antidepresivos tricíclicos, para lo cual se requiere un electroencefalograma basal (en condiciones de reposo) y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, son en la actualidad los más utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad. En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

c) **El Tratamiento Combinado**, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

Así mismo, el tratamiento en fase de mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

**Resumen: Mgr. Elke Berodt**

**Actualizado: Enero 2009**