

Criterios diagnósticos de la depresión en la infancia y adolescencia

M.^a J. Mardomingo, E. de Grado

Madrid

RESUMEN

Los autores revisan 135 casos clínicos, de entre ellos 119 diagnosticados de trastorno afectivo siguiendo los criterios del DSM-III-R.

Estas dos muestras (trastornos afectivos y otros diagnósticos no-afectivos) son comparadas desde el punto de vista de frecuencia, sintomatología, edad/sexo, y otras variables psicopatológicas llegándose a unas conclusiones de notable interés.

Palabras clave: Trastornos afectivos. Epidemiología. Depresión. Clínica depresiva.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la depresión en la infancia y adolescencia plantea múltiples interrogantes como consecuencia de los importantes cambios neurobiológicos y conductuales que se producen a lo largo de esta edad y también como consecuencia de las diferentes demandas y ex-

pectativas que la familia y la propia sociedad van a plantear al niño primero y al adolescente después.

La investigación sobre la depresión infantil ha despertado gran interés en los últimos años y muchos de sus avances se han debido a la aplicación de los paradigmas teóricos y modelos de investigación de la depresión del adulto. No obstante, múltiples preguntas siguen planteadas: ¿existen síntomas específicos de la depresión para las diferentes edades del niño?, ¿existe un cuadro clínico común a lo largo de la infancia y adolescencia con síntomas concretos característicos de cada edad?, ¿existe una continuidad entre la depresión en la infancia y la depresión del adulto?

Un gran número de autores están de acuerdo en que la depresión es una entidad clínica presente en la infancia (Mardomingo, Kloppe, 1989), aunque no siempre están de acuerdo en cuáles son los criterios diagnósticos que deben aplicarse (Conde y Ballesteros, 1988). Por otra parte, los criterios diagnósticos — hecha excepción de los de Weimberg — no suelen incluir el tiempo de duración de los síntomas.

No cabe duda de que el desarrollo de la conducta del niño desde la infancia hasta la adolescencia recorre una serie de estadios evolutivos que deberían manifestarse y deberían por tanto modular la sintomatología depresiva

(Cantwell y Carlson, 1987). Es decir, aun existiendo un cuadro clínico común, estos cambios evolutivos tendrían que reflejarse en lo que se podría denominar sintomatología asociada de los trastornos afectivos según la edad.

El objeto de este trabajo es analizar si existe algún tipo de asociación entre los trastornos afectivos y la edad y el sexo de los niños y adolescentes así diagnosticados, y averiguar si, además de la sintomatología descrita en el DSM-III R, que sería general para niños, adolescentes y adultos, sin diferenciar sexo ni edad, se pueden distinguir otros síntomas depresivos que varíen en función de tales variables en una muestra de niños y adolescentes.

MÉTODO

Material

Se revisaron 135 historias clínicas de la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, que comprendían desde Enero de 1975 a Julio de 1988. Las categorías examinadas fueron las siguientes:

- Depresión
- Hiperactividad
- Dolores abdominales
- Trastornos somáticos
- Trastornos del sueño
- Neurosis
- Suicidio
- Histeria
- Crisis de angustia/ansiedad
- Trastornos alimenticios

Muestra

De las 135 historias clínicas revisadas, 16 se podían encuadrar dentro del diagnóstico de Trastornos Afectivos (7 con un Trastorno Distímico y 9 con un Episodio Depresivo Mayor). De estos 16 sujetos, 4 eran varones (25%) y 12 mujeres (75%), con edades comprendidas entre los 9 y 16 años, siendo la media de edad del grupo 13'125, con una desviación típica de 2'03.

El grupo de no deprimidos (resto de las historias clínicas) estaba formado por 60 varones (50,42%) y 59 mujeres (49,58%), cuyas

edades oscilaban entre 1 y 16 años, con una media de 9,24 años y una desviación típica de 3,72.

Procedimiento

Las variables examinadas fueron las siguientes:

— Incidencia de los Trastornos psiquiátricos en general y de los Trastornos Afectivos en particular según la edad y el sexo.

— Año en que fue hecho el diagnóstico de depresión.

— Número de hermanos.

— Posición que ocupa el paciente entre sus hermanos.

— Síntomas depresivos más comunes que aparecen en los trastornos psiquiátricos en general.

— Síntomas depresivos más comunes en el grupo deprimido en función de la edad y el sexo.

Los métodos estadísticos utilizados para analizar dichas variables fueron: χ^2 de Pearson, aplicando la corrección de Yates en los casos necesarios; el contraste de diferencia de medias (siendo el estadístico de contraste la *t* de Student) y el contraste de proporciones (cuyo estadístico de contraste es la curva normal por tratarse de muestras grandes), siendo en todos los casos el nivel de significación utilizado de 0,05.

El diagnóstico de Trastorno Afectivo (Episodio Depresivo Mayor o Trastorno Distímico) se realizó mediante los criterios del DSM-III R, aunque a la hora de analizar los síntomas depresivos más comunes se incluyeron aquellos que aparecen con más frecuencia en la literatura revisada.

RESULTADOS

De las 135 historias clínicas revisadas, el 47,4% son varones y el 52,6% mujeres. No hay, por tanto, diferencias intersexos significativas en cuanto a los padecimientos psi-

quiátricos en general ($X_o^2=2,7.N.S.$).

En el grupo de niños y adolescentes no deprimidos, el 50,42% son varones y el 49,58% mujeres, mientras que el 25% de los diagnósticos de los Trastornos Afectivos corresponden a varones y el 75% a mujeres, es decir, 3/4 son mujeres frente a 1/4 que son varones. En consecuencia, la depresión es un trastorno psiquiátrico que afecta 2 veces más a la mujer que al hombre, incluso en la infancia y la adolescencia ($Z=2.SIGNIFICATIVA$).

Mientras que en el grupo depresivo la edad medida es 13,125, con una desviación típica de 2,03, en el grupo no depresivo la media de edad es 9,24, siendo la desviación típica 3,72. Existen, por tanto, diferencias significativas en la edad de ambos grupos ($t=6,35$), de forma que los Trastornos Depresivos suelen aparecer a partir de los 10 años, siendo más frecuente entre los 13 y los 16 años, pero sin que exista una edad significativa, mientras que los Trastornos Psiquiátricos en general se reparten más uniformemente entre los diversos grupos de edad, sin que se destaquen más en una determinada edad.

Por tanto, no existe una asociación entre el diagnóstico de los Trastornos Afectivos y la edad, aunque sí entre los trastornos afectivos y el sexo ($P<0.05$). (Tabla I).

El número de diagnósticos de los Trastornos Afectivos no varía mucho de un año a otro, aunque se puede observar un mayor número de diagnósticos realizados desde 1985 a 1988 que desde 1982 a 1985. Es de destacar el hecho de que sólo desde Enero a Julio de 1988 existe un 25% del total de diagnósticos realizados, y que en estos 6 meses se han hecho igual número de diagnósticos que en el año 1982 y 1986 y más que en 1987 (Tabla II).

El número de hermanos en el grupo depresivo oscila entre 1 y 9, con una $X=3,125$ y una $S_x=2,02$, mientras que en el grupo de no depresivos el número de hermanos va de 1 a 12, siendo la $X=2,83$ y la $S_x=1,74$. El número de hermanos se distribuye de la misma forma en los dos grupos ($X^2=8,426.N.S.$). En el grupo depresivo el mayor porcentaje de

pacientes tiene entre 1 y 4 hermanos, al igual que ocurre en la población general. (Tabla III).

El 37,5% de los niños y adolescentes diagnosticados de trastornos afectivos son primogénitos (frente al 30,25% del grupo no depresivo) y el 31,25% benjamines (el 41,18% de niños y adolescentes no deprimidos). No hay relación entre los trastornos psiquiátricos en general y la posición que ocupa el paciente entre sus hermanos ($X^2=0,96.N.S.$). (Tabla IV).

Existen diferencias significativas en los síntomas depresivos más comunes que presentan ambos grupos ($X^2=65,49$. SIGNIFICATIVA), de forma que el ánimo deprimido (93,75%), las dificultades de comunicación (93,75%), los trastornos del sueño (68,75%) y la escasa autoestima (62,5%) son los síntomas depresivos más comunes en el grupo de niños y adolescentes con trastornos depresivos, mientras que los trastornos somáticos, los trastornos del sueño y la inhibición e inquietud motora son las quejas relativamente más frecuentes que presenta el grupo no deprimido.

Dentro del grupo depresivo no se han hallado diferencias significativas en función de la edad ($X^2=12,74$. N.S.) y del sexo ($X^2=10,625$. N.S.). Los síntomas más frecuentes en los varones son: ánimo deprimido (100%), dificultades de comunicación (100%) y escasa autoestima (75%). En las mujeres el ánimo deprimido (91,7%), los trastornos del sueño (75%) y las dificultades de comunicación (91,7%) son los síntomas más comunes. (Tabla V).

En función de la edad, las dificultades de comunicación (100%), el ánimo deprimido (83,33%) y la escasa autoestima (83,33%) son los síntomas más frecuentes en el grupo de escolares (7-12 años), mientras que el grupo de adolescentes (13-17 años) presenta como sintomatología más característica el ánimo deprimido (100%), las dificultades de comunicación (90%) y los trastornos del sueño (80%). (TABLA VI).

TABLA I

Distribución según la edad y el sexo

	Varones		Grupo depresivo				Varones		Grupo no depresivo				Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Edad														
15-16	0	00,00	5	41,67	5	31,25	1	1,67	6	10,17	7	5,88	12	8,89
13-14	2	50,00	3	25,00	5	31,25	5	8,33	13	22,03	18	15,13	23	17,04
11-12	1	25,00	3	25,00	4	25,00	10	16,67	14	23,72	24	20,17	28	20,74
9,10	1	25,00	1	8,33	2	12,50	14	23,33	12	20,34	26	21,85	28	20,74
7-8	0	00,00	0	00,00	0	00,00	10	16,67	4	6,78	14	11,75	14	10,37
5-6	0	00,00	0	00,00	0	00,00	9	15,00	4	6,78	13	10,92	13	9,63
3-4	0	00,00	0	00,00	0	00,00	3	13,33	4	6,78	12	10,08	12	8,89
1-2	0	00,00	0	00,00	0	00,00	3	5,00	2	3,39	5	4,20	5	3,70
Total	4	100	12	100	16	100	60	100	59	100	119	100	135	100

TABLA II

Distribución según el año en que fue hecho el diagnóstico

Año	N.º	%
1982	4	25
1983	1	6,25
1984	0	0
1985	1	6,25
1986	4	25
1987	2	12,5
1988	4	25

TABLA III

Distribución según el número de hermanos (*)

Grupo depresivo	Grupo no depresivo		Total			
	N.º h.	N.º %	N.º %	N.º %		
11-12	0	0	1	0,84	1	0,74
9-10	1	6,25	0	0	1	0,74
7-8	0	0	5	4,20	5	3,70
5-6	1	6,25	7	5,88	8	5,93
3-4	7	43,75	45	37,81	52	38,52
1-2	7	43,75	61	51,27	68	50,37
Total	16	100	119	100	135	100

(*) En cada uno de los intervalos está incluido el

propio paciente

TABLA IV

Distribución según la posición que ocupa entre los hermanos

Posición	Grupo depresivo		Grupo no depresivo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hijo único	1	6,25	11	9,24	12	8,89
Primogénito	6	37,50	36	30,25	42	31,11
Benjamín	5	31,25	49	41,18	54	40,00
Intermedio	4	25	23	19,33	27	20,00
Total	16	100	119	100	135	100

TABLA V

Síntomas depresivos más comunes y sexo

	Grupo depresivo				Total	Grupo no depresivo				Total				
	Varones		Mujeres			Varones		Mujeres						
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%				
Ánimo deprimido	4	100	11	91,66	15	93,75	4	6,67	8	13,56	12	10,08	27	20,00
Sentimiento soledad/ aislamiento social	1	25	8	66,66	9	56,25	15	25,00	16	27,12	31	26,05	40	29,63
Escasa autoestima	3	75	7	58,33	10	62,50	9	15,00	6	10,17	15	12,60	25	18,52
Ideas de culpa	2	50	3	25,00	5	31,25	12	20,00	11	18,64	23	19,33	28	20,74
Apatía-indiferencia	1	25	4	33,33	5	31,25	1	1,67	2	3,39	3	2,52	8	5,92
Irritabilidad-agresividad	1	25	5	41,66	6	37,50	11	18,33	13	22,03	24	20,17	30	22,22
Actos suicidas	0	0	6	50,00	6	37,50	1	1,67	18	30,51	9	7,56	15	11,11
Pocas ganas de vivir	1	25	7	58,33	8	50,00	2	3,33	2	3,39	4	3,36	12	8,89
Deficiente rendimiento escolar	1	25	8	66,66	9	56,25	16	26,67	19	32,20	35	29,41	44	32,59
Inhibición/inquietud motora	0	0	4	33,33	4	25,00	27	45,00	7	11,86	34	28,57	38	28,15
Fatiga	1	25	4	33,33	5	31,25	1	1,67	2	3,39	3	2,52	8	5,92
Trastorno del sueño	2	50	9	75,00	11	68,75	21	35,00	13	22,03	34	28,57	45	33,33
Intoleran. la frustración	1	25	1	8,33	2	12,50	13	21,50	9	15,25	22	18,49	24	17,78
Trastornos somáticos	2	50	4	33,33	6	37,50	24	40,00	31	52,54	55	46,22	61	45,18
Dificultades comunicación	4	100	11	91,66	15	93,75	5	8,33	15	25,42	20	16,81	35	25,92
Anorexia/bulimia	2	50	3	25,00	5	31,25	13	21,67	12	20,34	25	21,01	30	22,22
Ansiedad	2	50	3	25,00	5	31,25	6	10,00	9	15,25	15	12,60	20	14,81
Hiperemotividad/lanto	0	0	4	33,33	4	25,00	5	8,33	10	16,95	15	12,60	19	14,07

TABLA VI

Síntomas depresivos más comunes y edad

	Grupo deprimido					Grupo no deprimido					Total							
	Prescol N.º %	Escolares N.º %	Adolescent N.º %	Subtotal N.º %		Prescol N.º %	Escolares N.º %	Adolescent N.º %	Subtotal N.º %	N.º	%							
Ánimo deprimido	0	0	5	83,33	10	100	15	93,75	0	0,00	6	9,37	6	24	12	10,08	27	20,00
Sentimiento soledad/ aislamiento social	0	0	3	50,00	6	60	9	56,25	3	10,00	18	28,12	10	40	31	26,05	40	29,63
Escasa autoestima	0	0	5	83,33	5	50	10	62,5	0	0,00	13	20,31	2	8	15	12,60	25	18,52
Ideas de culpa	0	0	3	50,00	2	20	5	31,25	1	3,33	16	25,00	6	24	23	19,33	28	20,74
Apatía-indiferencia	0	0	2	33,33	3	30	5	31,25	0	0,00	3	4,69	0	0	3	2,52	8	5,92
Irritabilidad-agresividad	0	0	3	50,00	3	30	6	37,50	6	20,00	14	21,87	4	16	24	20,17	30	22,22
Actos suicidas	0	0	1	16,66	5	50	6	37,50	0	0,00	1	1,56	8	32	9	7,56	15	11,11
Pocas ganas de vivir	0	0	2	33,33	6	60	8	50,00	0	0,00	2	3,12	2	8	4	3,36	12	8,89
Deficiente rend. escolar	0	0	3	50,00	6	60	9	56,25	5	16,67	19	29,69	11	44	35	29,41	44	32,59
Inhibición/inquietud motora	0	0	2	33,33	2	20	4	25,00	16	53,33	15	23,44	3	12	34	28,57	38	28,15
Fatiga	0	0	0	0,00	5	50	5	31,25	1	3,33	1	1,56	1	4	3	2,52	8	5,92
Trastornos del sueño	0	0	3	50,00	8	80	11	68,75	8	26,67	21	32,81	5	2	34	28,57	45	33,33
Intolerancia a la frustración	0	0	1	16,66	1	10	2	12,50	9	30,00	8	12,50	5	2	22	18,49	24	17,78
Trastornos somáticos	0	0	3	50,00	3	30	6	37,50	4	13,33	42	65,62	9	36	55	46,22	61	45,18
Dificultades comunicación	0	0	6	100,00	9	90	15	93,75	1	3,33	11	17,19	8	32	20	16,81	35	25,92
Anorexia/bulimia	0	0	0	0,00	5	50	5	31,25	8	26,67	15	23,44	2	8	25	21,01	30	22,22
Ansiedad	0	0	3	50,00	2	20	5	31,25	1	3,33	9	14,06	5	2	15	12,60	20	14,81
Hiperemotividad/lanto	0	0	1	16,66	3	30	4	25,00	3	10,00	8	12,50	4	16	15	12,60	19	14,07

Preescolares: 1-6 a; Escolares: 7-12 a; Adolescentes: 13-17 a

DISCUSIÓN

Sexo

De los datos que se desprenden del presente estudio, la depresión en la infancia y adolescencia, al igual que ocurre en los adultos, parece ser un trastorno psiquiátrico que afecta más a la mujer que al hombre. Polaino, Lorente y Domenech Llaberia (1988), en un estudio realizado con una muestra de niños españoles de 4.º EGB, encuentran diferencias significativas en el padecimiento de los Trastornos Afectivos (Trastornos Distímico y Depresión Mayor según el DSM-III R) según el sexo, de forma que la tasa de niñas con un Trastorno Afectivo es mayor que la de niños. Al haber distinción dentro de los trastornos depresivos entre el Trastorno Distímico y la Depresión Mayor observan que en esta última categoría apenas hay diferencia entre niños y niñas, mientras que dentro del Trastorno Distímico las diferencias entre ambos sexos sí con significativas.

Angold (1988) hace una revisión de las acepciones del término «Depresión», observando que en cuanto al sexo, la razón del trastorno depresivo en niños prepúberes es de 1:1; en la adolescencia, sin embargo, las mujeres presentan doble número de episodios y un porcentaje de síntomas más alto que los varones.

Edad

Polaino-Lorente y Domenech Llaberia (1988) observan que la tasa de niños de ambos sexos con un Trastorno Distímico o con una Depresión Mayor es significativamente mayor en los niños de 8 a 10 años que en los de 11 o más, pero no pueden concluir que dicha diferencia sea significativa debido al distinto tamaño de ambas muestras. En el presente estudio los Trastornos Afectivos se dan con más frecuencia entre adolescentes de 13 a 16 años, aunque no parece haber una edad significativa. Es importante destacar que no se ha encontrado ningún preescolar que haya recibido este

dignóstico, apareciendo a partir de los 10 años.

En la literatura revisada existen otros trabajos otros trabajos que han contemplado esta posible relación entre Trastorno Afectivo y edad. Así, Kashani, Holcomb y Orvaschel (1986) encuentran un número importante de niños preescolares con una edad media de 4,1 con suficientes síntomas depresivos, aunque no podrían ser diagnosticados clínicamente como deprimidos, dato que está en la misma línea que lo observado por Kashani, Ray y Carlson (1984), quienes sugieren que, o bien el Trastorno Depresivo Mayor se presenta raramente entre los preescolares, o bien los criterios del DSM-III no son adecuados para el diagnóstico de los Trastornos Afectivos en este grupo.

Kashani y Carlson (1987), en un trabajo llevado a cabo con preescolares deprimidos, concluyen que la frecuencia del trastorno depresivo aumenta con la edad y es poco usual en niños preescolares. Asimismo, observan que la sintomatología depresiva varía con la edad, de modo que, por ejemplo, las quejas somáticas disminuyen con la edad.

Angold (1988) por su parte, revisando los factores de riesgo de los síntomas y síndromes depresivos de diversos estudios, infiere que los trastornos depresivos suelen ser inusuales en los niños prepúberes, siendo más comunes en los adolescentes, aunque en éstos rara vez se presentan suicidios o parasuicidios.

Año en que fue hecho el diagnóstico de Depresión

Se puede pensar que cuanto más se avance en el estudio de los síntomas depresivos infantiles y juveniles, más diagnósticos de Trastornos Afectivos aparecerán. Sin embargo, el número de casos diagnosticados no parece variar de un año a otro, lo cual se puede interpretar como una cierta prudencia de los psicólogos y psiquiatras a la hora de hacer el diagnóstico, o bien que todavía no están bien establecidos los criterios diagnósticos, o que, a pesar del avance de estos criterios, el

número de casos detectados es aproximadamente igual que hace algunos años.

Número de hermanos

El número de hermanos no es una variable significativa en el diagnóstico de los Trastornos Afectivos, oscilando en este estudio entre 1 y 12 con una media de 3,2, distribuyéndose como en la población general. Polaino-Lorente y Domenech Llaberia (1988) concluyen que el número de hermanos parece intervenir en la mayor o menor frecuencia del trastorno depresivo en la infancia, pero sólo en el grupo diagnosticado de Trastorno Depresivo Mayor ($X=3,19$), y no así en el diagnosticado de Trastorno Distímico, en comparación con un grupo control.

Posición que ocupa el paciente entre los hermanos

No es significativa la posición que ocupa el niño o adolescente diagnosticado de depresión entre sus hermanos.

Sintomatología

En el presente trabajo no se han encontrado diferencias en cuanto a la sintomatología de los Trastornos Afectivos en función de la edad y del sexo, hecho que bien pudiera ser explicado por el reducido tamaño de la muestra utilizada. El ánimo deprimido y las dificultades de comunicación están presentes en un alto porcentaje de la muestra. Otros síntomas importantes son los trastornos del sueño y la escasa autoestima.

Si estudiamos los síntomas depresivos más comunes en cada grupo de edad, las dificultades de comunicación, el ánimo deprimido y la escasa autoestima son frecuentes en el grupo de escolares (7-12 años), mientras que la sintomatología más frecuente en los adolescentes (13-17 años) son el ánimo deprimido, las dificultades de comunicación y los trastornos del sueño.

Por otro lado, los varones presentan una sintomatología caracterizada por ánimo deprimido, dificultades de comunicación y escasa autoestima. En las mujeres los síntomas más importantes son el ánimo deprimido, los trastornos del sueño y las dificultades de comunicación.

Kreuz, Catalá Angel y Quiles Lloret (1985) describen la sintomatología depresiva en función de los estadios evolutivos, de forma que la depresión en la edad escolar (6-11 años) se caracterizaría por una baja autoestima, ideas negativas acerca del autoconcepto, sentimientos de culpabilidad, autopercepción distorsionada e inhibición social. En la edad adolescente la sintomatología sería idéntica a la adulta, incluyendo la perspectiva temporal.

Petti — citado por Mardomingo y Kloppe (1989) — describe la Depresión en el niño en función del ánimo disfórico y de la baja autoestima. El primero de estos síntomas se manifiesta en sentimientos de tristeza, irritabilidad y crisis de llanto inmotivadas. La baja autoestima se expresa en sentimientos de incapacidad e incompetencia e ideas de suicidio. La depresión en el niño se acompaña frecuentemente de quejas hipocondríacas, rechazo escolar, fugas del hogar y bajo rendimiento escolar. La depresión en el adolescente, según este autor, se caracteriza por síntomas tales como la tristeza, el ánimo deprimido y la dificultad para experimentar placer, pudiendo acompañarse de cambios en el apetito, anorexia o bulimia, trastornos del sueño y agitación/lentitud motora. Son también típicos del adolescente los sentimientos de culpa y de incompetencia, la pérdida de energía, las dificultades de concentración y las ideas recurrentes de suicidio. También pueden presentarse síntomas somáticos, deficiente rendimiento escolar, conductas agresivas y abuso de alcohol u otras drogas.

Ryan, Puig-Antich y Ambrosini (1987) compararon la frecuencia de los síntomas depresivos y su severidad en dos muestras de 95 niños y 92 adolescentes, no encontrando diferencias significativas en la proporción de

varones y mujeres, ni en el grado de severidad de los síntomas de ambos grupos. Para la mayoría de los síntomas no hubo diferencias significativas en la frecuencia y severidad de los mismos entre niños y adolescentes con un Trastorno Depresivo Mayor. Las manifestaciones más frecuentes en ambas nuestras fueron: ánimo depresivo, anhedonia/falta de interés, disminución de la concentración, irritabilidad y mal humor, fatiga, autoestima negativa, insomnio, aislamiento social, retraso psicomotor, ideación suicida, excesiva o inapropiada culpa y anorexia. Sin embargo, los niños mostraron más apariencia depresiva, trastornos somáticos, agitación psicomotriz y alucinaciones depresivas con mayor frecuencia y severidad que los adolescentes. Éstos, por su parte, presentaron más sentimientos de desesperanza, hipersomnia, pérdida o ganancia de peso más frecuentemente y con mayor severidad que los niños.

Frank, Carpenter y Kupfler (1988) encuentran diferencias sexuales en su grupo de 130 pacientes en cuanto a síntomas experimentados, explorados a través del SADS, de modo que las mujeres informaron de un aumento del apetito y ganancia de peso y con menos frecuencia de pérdida de peso, que los varones. Del mismo modo, experimentaban ansiedad somática, hipocondriasis o expresaban cólera más frecuentemente que los varones.

Suicidio

Otra variable que ha sido muy estudiada en la literatura es la posible relación entre suicidio y ánimo depresivo. Robbins y Alessi (1985), en un estudio llevado a cabo con 64 sujetos con edades comprendidas entre 13 y 18 años, observan que 15 habían hecho 2 o más intentos de suicidio, y de éstos, 6 hicieron intentos de significativa peligrosidad médica. Encuentran también una intensa asociación entre suicidio y depresión, sentimientos de inutilidad, anhedonia, insomnio, pobre concentración, indefensión, falta de reactividad del humor y trastornos psicomotores. Asimismo, hacen notar

que factores como el soporte social y familiar, la impulsividad y la cólera pueden estar involucrados en la determinación de la conducta suicida, aunque el ánimo depresivo es claramente significativo. El abuso de alcohol y otro tipo de drogas también parecen ser importantes en la determinación de la conducta suicida, aunque no se conoce la naturaleza exacta de esta asociación.

Ryan, Puig-Antich y Ambrosini (1987) concluyen que la frecuencia, severidad o seriedad del intento de suicidio es similar en el grupo de niños que en uno de adolescentes, aunque la letalidad médica del intento es significativamente más alta en este segundo grupo que en el primero.

En nuestro estudio existen 6 casos de intento de suicidio, aunque 2 no están perfectamente garantizados. Por tanto, un 25% ha hecho al menos un intento. Es de destacar que los 4 casos son mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, siendo su media igual a 14,25 años.

Trastornos alimenticios

También ha sido muy estudiada la relación entre los trastornos alimenticios (anorexia nerviosa en particular) y el Trastorno Depresivo Mayor, basándose en:

- a) Frecuencia con que se presentan síntomas depresivos en sujetos que tienen o han tenido una Anorexia Nerviosa.
- b) Respuesta de algunas pacientes anoréxicas a los antidepresivos tricíclicos o a la terapia electroconvulsiva.
- c) Frecuencia con que ocurren cierras anormales fisiológicas en ambos trastornos.
- d) Estudios que muestran una mayor incidencia de familias con trastornos depresivos en pacientes anoréxicas en comparación con sujetos control.

Althshuler y Weiner (1985) afirman que las pacientes correctamente diagnosticadas de Anorexia Nerviosa mostrarán a la vez cinco de los signos requeridos para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor, esto es: pérdida

de peso, poco apetito, disminución del interés libidinal, sentimientos de culpabilidad o remordimiento, e hiper o hipoactividad. Además, las pacientes anoréxicas presentarán un ánimo disfórico. Con respecto a otras líneas de investigación, éstas no han evidenciado relación alguna entre Anorexia Nerviosa y Trastorno Afectivo Mayor. La enuresis, los ataques de pánico y la narcolepsia responden al tratamiento con antidepressivos tricíclicos. Es cierto que la terapia electroconvulsiva es eficaz según estos autores en el tratamiento de la Depresión con melancolía y en casos de Anorexia Nerviosa, pero también en el tratamiento de episodios maníacos y de esquizofrenia aguda.

En cuanto a las anomalías endocrinas, tanto en pacientes deprimidos como en anoréxicas existe supresión de la dexametasona, pero esto también se produce en personas que han perdido peso, en muchos tipos de enfermedades sistémicas y en alcohólicos.

Herzog (1984) realizó un trabajo sobre frecuencia y severidad de síntomas depresivos con 82 pacientes, todas ellas mujeres, de las cuales 27 eran anoréxicas y 55 bulímicas, hallando un alto porcentaje de sujetos con un Trastorno Depresivo Mayor asociado, aunque el porcentaje de anoréxicas que puntuaron en todas las medidas de depresión que se tomaron fue mayor que el de bulímicas.

Cooper y Fairburn (1986) opinan que, más que tener un sentido primario, muchos de los síntomas depresivos y ansiosos que presentan las pacientes con Bulimia Nerviosa son probablemente secundarios a los trastornos alimenticios.

Swift, Andrews y Barklage (1986) en una revisión que hacen sobre las diferentes líneas de investigación de la relación entre los trastornos alimenticios y los trastornos afectivos, concluyen que ambos fenómenos están relacionados, aunque se desconoce actualmente la naturaleza de dicha relación.

En este trabajo, 5 niños (31,25%) presentaban un trastorno alimenticio (1 bulimia y 4 pérdida de apetito o anorexia) asociado al trastorno afectivo.

Otras variables

Otros factores que se han señalado en la literatura revisada como intervinientes en el diagnóstico de la Depresión Infanto-Juvenil son la separación conyugal (Polaino. Lorente y Domenech Llaberia, 1988; Angold, 1988), la pérdida de uno o ambos padres (Angold, 1988) y los trastornos psiquiátricos paternos. Con respecto a este último factor, Angold señala que un amplio rango de trastornos psiquiátricos son más comunes en niños con padres perturbados psiquiátricamente que en niños con padres normales. También destaca que existe un aumento del riesgo de padecer un trastorno depresivo en hijos de padres deprimidos. En el presente estudio, dentro del grupo deprimido en 6 casos (37,5%) y dentro del grupo no deprimido en 43 sujetos (36,13%), sí estaba presente algún tipo de perturbación psiquiátrica, siendo lo más frecuente el alcoholismo de alguno de los padres, especialmente del padre, y trastornos afectivos o de ansiedad, principalmente de la madre.

En cuanto a los problemas matrimoniales importantes o a la separación conyugal, una u otra variable aparecía en el 37,5% del grupo deprimido y en el 15,97% del grupo no deprimido. Parecen ser, por tanto, factores de riesgo para los trastornos afectivos.

La ausencia de uno de los padres por muerte o por ser hijo de madre soltera estaba presente en el 5,04% del grupo no deprimido y en el 6,25% del grupo deprimido.

En consecuencia, podría inferirse alguna asociación entre los problemas matrimoniales / separación conyugal / ausencia de uno de los padres o la patología psiquiátrica paterna y los trastornos psiquiátricos en general, y más concretamente los trastornos afectivos en el niño o adolescente, si se dispusiesen más datos para poder contrastar estas hipótesis.

CONCLUSIONES

De los datos que se desprenden del presente

estudio, los Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia afectan más a las mujeres que a los hombres, al igual que ocurre en los adultos.

Aunque no se ha logrado establecer una asociación entre depresión y edad, los trastornos afectivos aparecen más frecuentemente a partir de los 10 años.

A pesar del avance en los criterios diagnósticos, el número de diagnósticos realizados no varía mucho de un año a otro.

El número de hermanos se distribuye de igual modo en el grupo de niños y adolescentes deprimidos que en otros trastornos psiquiátricos y prácticamente igual que ocurre en la población general.

No existe relación entre los trastornos psiquiátricos en general y la posición que ocupa el paciente entre sus hermanos. El 37,5% de los niños y adolescentes deprimidos son primogénitos y el 31,25% benjamines.

Existen diferencias significativas en los síntomas depresivos que presentan ambos grupos. Dentro del grupo deprimido no se han hallado diferencias significativas en la sintomatología depresiva en función de la edad y del sexo. Los síntomas más frecuentes que presentan los niños y adolescentes diagnosticados de depresión son: ánimo deprimido, dificultades de comunicación, trastornos del sueño y escasa autoestima.

Los trastornos afectivos constituyen un factor de riesgo de los intentos de suicidio.

Bibliografías

1. ALTSHULER, K.Z. y WEINER, M.F. Anorexia Nervosa and Depression: a dissenting view. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142(3), 328-332.
2. ANGOLD, A. Childhood and adolescent depression. *Brit. J. Psychiatry*, 1988, 152, 601-617.
3. CANTWELL, D.P. y CARLSON, G.A. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Ed. Martínez Roca,

Barce lona, 1987.

4. CONDE LOPEZ, V. y BALLESTEROS ALCAIDE, M.C. Criterios diagnósticos de las depresiones infantiles. *An. Psiquiatría*, 1988, 4 (2), 67-73 y 4 (3), 106-117.
5. COOPER, P.J. y FAIRBURN, C.G. The depressive symptoms of Bulimia Nervosa. *Brit. J. Psychiatry*, 1986, 148, 268-274.
6. FRANK, E., CARPENTER, L.L. y KUPFER, D.J. Sex differences in Recurrent Depression: are there any that are significant? *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145 (1), 41-45.
7. HERZOG, D.B. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141 (12), 1594-1597.
8. KASHANI, J.H. y CARLSON, G.A. Seriously depressed preschoolers. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144 (3), 348-350.
9. KASHANI, J.H., HOLCOMB, W.R. y ORVASCHEL, H. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143 (9), 1138-1143.
10. KASHANI, J.H., RAY, J.S. y CARLSON, G.A. Depression and depressive like states in preschool-age children in a child development Unit. *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141 (11), 1397-1402.
11. KREUZ, A., CATALA ANGEL, M.A. y QUILLES LLORET, J. Ensayo de una visión evolutiva de la depresión infanto-juvenil. *An. Psiquiatría*, 1985, 1 (4), 145-149.
12. MARDOMINGO, M.J. y KLOPPE, S. Antidepresivos en la infancia y adolescencia. *Farmacología del SNC*, 1989, 3 (2), 17-22.
13. POLAINO-LORENTE, A. y DOMENECH-LLABERIA, E. La depresión en los niños españoles de 4.º EGB. Laboratorios Geigy, Barcelona, 1988.
14. ROBBIN, D.R. y ALESSI, N.R. Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142 (5), 588-592.
15. RYAN, N.D. PUIG-ANTICH, J. y AMBROSINI, P. The clinical picture of Major Depression in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44, 856-861.
16. SWIFT, W. J., ANDREWS, D. y BARKLAGE, N.E. The relationship between Affective Disorder and Eating Disorders: a review of the literature. *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143 (3), 290-299.