

DEPRESIONES SOMATOGENAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Gerhardt Nissen

Universidad de Würzburg (Alemania).

Griesinger afirmó en 1845 en relación con la melancolía: «*También las formas melancólicas en todas sus variedades se presentan, aunque con más rareza, en la edad infantil*». Una afirmación que hasta hace poco parecía olvidada y luego fue descubierta aparentemente de nuevo. Como causas de enfermedades psiquiátricas menciona él las disposicionales, psíquicas, mixtas y somáticas; así pues, lo que nosotros hoy designamos como la Tri-etilogía (psicógena, endógena, somatógena) de las depresiones.

Bajo estas tres formas se encuentran las melancolías, las psicosis afectivas mono y bipolares, en el punto central del interés. El comienzo brusco, la fatal periodicidad, la monótona sintomática y el giro final a la situación de salida

fascinan tanto como los actuales resultados de investigación bioquímicos. Pero: Depresiones endógeno-fásicas son raras en los niños y adolescentes. Por el contrario la *Depresión psicógena* se diagnostica cada vez más frecuentemente en ellos. No sólo Freud y el Psicoanálisis, sino también Adler y la «Child-Guidance-Movement» han resaltado, una y otra vez, el papel dominante de la Peristasis en la patogénesis de trastornos psiquiátricos y enfermedades en la edad infantil. Ellos han sido confirmados por la Psicología del Aprendizaje especialmente por Levinson, Jacobson y Seligman en relación a la depresión.

La Depresión somatógena es conocida ciertamente desde hace largo tiempo pero fue considerada en niños y ado-

lescentes con negligencia. Enfermedades cerebrales o corporales hacen referencia a depresiones somatógenas. Hablamos entonces de *Depresiones cerebrales o sintomáticas*.

De ellas hay que delimitar, hasta donde sea posible, *Depresiones psicopáticas* (K. Schneider) y *Depresiones constitucionales* (Kraepelin). En las *Depresiones crónicas*, que Städeli y colaboradores han descrito en niños y adolescentes, se trata predominantemente de síndromes somatógenos.

Scholz, que en su libro *Anomale Kinder* editado en 1912, empleó por primera vez el término «Jugendpsychiatrie», decía que «distimias depresivas duraderas en niños y adolescentes» no deberían ser pasadas por alto. Cuando niños se suicidan se dice en los periódicos. Pero: «... ésta no es la verdadera causa. Miles leen los mismos libros y no se arrojan al agua cuando la vida les aprieta». Habría gente joven que serían afectados mortalmente por la lectura de *Las cuitas de Werther*, mientras que otros no podrían reprimir los bostezos. La bagatela que daría el último empujón para el suicidio no debería ser considerada como la causa.

El diagnóstico Psicopatía o Depresión psicopática ha llegado a ser hoy una rareza; en general ya no es empleado en niños y adolescentes. No sólo porque por una etiqueta reasticista podrían paralizarse actividades terapéuticas y afectarse adicionalmente el desarrollo del niño, sino también, y ante todo, porque las investigaciones genéticas humanas, por un lado, y el empirismo psicoanalítico, por otro, han llegado al conocimiento que caracteres «periolabiles» lleguen a ser «periostabiles».

Kraepelin vio en la *Depresión constitucional* una «acentuación» sombría y duradera de los sentimientos en todas las experiencias vitales «y sospechó en algunas formas un parentesco interno

con las afecciones maniaco-depresivas. Cuando se comprende bajo constitución la suma de las cualidades psíquicas congénitas y adquiridas en la niñez temprana, como así postuló K. Schneider, se caracterizaría mejor el complejo causal con el concepto Depresión constitucional. Pieper llevó a cabo en seis niños investigaciones longitudinales y transversales y demostró que depresiones pueden durar desde la niñez temprana hasta más allá de la madurez. Pieper distinguió niños y adolescentes egoístas y desconsiderados, malhumorados e irritables. El deseo de Pieper era documentar la tesis de K. Schneider de que no se puede concebir Depresiones ciclotímicas como potenciación de estados tal como se presentan también en personalidades normales y anormales».

A. Städeli y colaboradores con su Depresión crónica han partido de las investigaciones de Scholz, Pieper y otros. Städeli y colaboradores escogieron de las historias médicas 28 pacientes depresivos según criterios ya existentes (Nissen), de modo que éstos y 15 pacientes revisados anteriormente pueden ser considerados con Depresiones somatógenas conjuntamente. En el total de los 43 niños y adolescentes depresivos somáticos no se pudo comprobar ninguna mejoría clara después de 9 o 10 años en 39 de ellos.

En los niños depresivos crónicos investigados por Städeli y colaboradores se encontraron la misma frecuencia de noxa pre, peri, y postnatales cerebrales que en un grupo de comparación de niños orgánico-cerebrales. Cerca de la mitad de estos niños depresivos tenían dificultades al beber en la época de la lactancia. Aprendieron relativamente tarde a andar y a hablar, no pasaron por ninguna fase de terquedad o éstas fueron insignificantes y ya en esta edad del lactante fueron descritos como «tranquilos-silenciosos-de fácil trato-

buenos». Como niños, fueron «pobres de impulsos, serios, reservados, tranquilos y lentos, apocados y apáticos, y presentaron frecuentemente encopresis, enuresis, anomalías sexuales y sociales, además de trastornos del sueño, cefaleas y dolores abdominales.

En los 105 niños y adolescentes investigados por Nissen se pudieron comprobar en un 32% retrasos psíquicos y somáticos y en el 45% anomalías del EEG. La valoración pre, peri y postnatales de lesiones cerebrales no debió realizarse en los niños investigados de 1942 hasta 1950; porque los datos no fueron suficientemente fiables. En una confrontación comparativa de los síntomas psíquicos de 15 niños y adolescentes afectos de una depresión somatogena con 90 pacientes afectos de otras formas depresivas se vio una distribución no homogénea significativa a favor de los síntomas *rigidez afectiva, hipococondría, debilidad de concentración y despersonalización*.

Städeli y colaboradores comprobaron, independientemente de ello, los siguientes síntomas fundamentales de la Depresión crónica: 1. *Temple afectivo fundamental depresivo* o distimias depresivas duraderas; 2. *Inhibición afectiva* con brusquedades afectivas ocasionales; 3. *Sentimientos vitales alterados* que se pueden expresar en quejas hipococondríacas, cansancio, trastornos del sueño, labilidad vegetativa, trastornos del apetito, de la regulación de la temperatura; 4. *Aumento de la angustia*; 5. *múltiples síntomas secundarios* como inhibición de la agresividad, sentimiento de desfallecimiento, autoagresión; y 6. *Estrechamiento depresivo de la inteligencia*. Desde el punto de vista pronóstico se desarrollaron favorablemente los niños depresivos con una buena inteligencia y con personas de referencia constante. Cuadros maníacos depresivos descritos por otros autores (Albert,

Ssucharewa) como síndromes exógenos en niños y adolescentes con lesiones cerebrales no se evidenciaron entre los pacientes (Nissen, Städeli y colaboradores).

Desde que Strauss y Lethinen en 1947 con su monografía sobre la psicopatología de los niños con lesiones cerebrales expusieron un nuevo concepto sobre la presentación de trastornos o afecciones psíquicas ha surgido una literatura extensísima pero también contradictoria. Existe unanimidad en que lesiones cerebrales de la niñez temprana en principio pueden ocasionar cuatro síntomas: 1. *Déficits motores* (parálisis espásticas); 2. *Afecciones comiciales orgánico-cerebrales* (epilepsias); 3. *Defectos cognitivos* (dificultades o impedimentos mentales al aprendizaje, debilidades de rendimiento parciales); 4. *Anomalías psíquicas o emocionales* como también se ven en disfunciones cerebrales mínimas. Niños de este último grupo han sido calibrados antes no raramente como neuróticos o psicópatas o designados como pseudopsicópatas encefalopáticos.

En adultos se diagnosticaron *Depresiones cerebrales*, por ejemplo en esclerosis cerebrales, tumores cerebrales, afecciones del cerebro, lues o meningitis. *Depresiones sintomáticas* son descritas tras operaciones, afecciones cardiovasculares, infecciones o inflamaciones. El psiquiatra infantil Corboz hizo alusión en una investigación sobre la psicopatología de los tumores cerebrales en la edad infantil, que en confrontaciones comparativas con el síndrome orgánico-cerebral del adulto podría llegarse a la comprobación que en los niños no habría ningún psicósíndrome orgánico-cerebral semejante. Esta aseveración sería sin embargo, inexacta, porque un psicósíndrome orgánico en un cerebro aún no maduro no podría

mostrar una sintomática como en adultos.

Tumores cerebrales graves pueden conducir en *adultos* a trastornos depresivos o disfóricos que se designan como «alteraciones caracteriales postraumáticas». El diagnóstico es relativamente fácil a esta edad porque es posible una comparación con la estructura de la personalidad *pretraumática* pero en niños con lesiones cerebrales tempranas el problema radica en constatar una alteración de la personalidad en un ser en el que en el momento de la lesión cerebral todo lo más existía como un esbozo de la personalidad, como una «preconfiguración» («Vorgestalt»). En niños anormales primariamente se debe por ello contentarse uno a menudo con la verificación de un *trastorno congénito* de una depresión primaria cuando no se dan signos directos o indirectos de un trastorno de la función cerebral en el transcurso del embarazo y del parto o de la niñez temprana, ya sean de naturaleza psicomotóricas, verbales, cognitivas, emocionales. K. Schneider se oponía a una confrontación rígida y ajena a la realidad de caracteres congénitos y externos: «Lo que nosotros consideramos como disposición (Anglage) no puede equipararse sin más disposición hereditaria. También factores exógenos intrauterinos pueden influir, incluso los que tienen lugar en la temprana niñez pero ciertamente y por principio ya no forman parte en la disposición. También la suposición metafísica de un ser-hecho-así no tiene ninguna limitación». Una formulación salomónica que también manifiesta en qué grado el concepto de psicopatía ya entonces era achacoso.

En niños y adolescentes juegan numéricamente un papel dominante al lado de las depresiones psicógenas las *Depresiones somatógenas*. Resultados representativos de investigaciones es-

taadísticas no existen hasta ahora; pero se estiman en un 15 a 20% de todos los síndromes depresivos de este trecho de la vida (Nissen). También desde este punto de vista debían realizarse regularmente no sólo en niños y adolescentes sino también en adultos documentación del parto e historias médicas de la niñez, descripciones del comportamiento del niño en el Kindergarten y en la escuela, así como detallados cuestionarios sobre el desarrollo psicomotor, verbal, emocional y social. Como actuales «*Measurement instruments*» (Kovacs) sirven en niños adolescentes mímica y gestos, el modo y la resonancia de las relaciones con los padres, hermanos, camaradas de escuela y maestros, así como el comportamiento en el juego, aprendizaje y situación afectiva. También el niño depresivo y el adolescente depresivo son o bien inhibidos (tranquilos, quietos, tristes, oprimidos dóciles y modestos): desde el punto de vista de los padres son niños especialmente formales, buenos y cómodos. Pero por otra parte se dan también niños depresivo-agitados (niños irritables y agresivos que desde el punto de vista pedagógico son calificados como caprichosos, veleidosos, desobedientes y difíciles).

No debe pasarse por alto una exploración corporal y neurológica detenida cuando es muy probable el diagnóstico de una depresión psicógena o endógena. Fenomenológicamente no es a menudo posible una distinción en formas psico o somatógenas.

El *análisis transversal* es a menudo, como en muchas otras afecciones psiquiátricas, mucho menos significativo que el *análisis longitudinal*: En niños y adolescentes se manifiestan síndromes depresivos *somatógenos* ya en la edad temprana mientras que estados depresivos *psicógenos* pueden ser reconocidos con más seguridad en niños esco-

lares Depresiones endógenas fásicas (mono y bipolares) se presentan la mayor parte de las veces después del primer decenio, en la prepubertad y pubertad, y llegan a ser más frecuentes en adolescentes.

Casi obligatoriamente se dan dificultades de *diferenciación tipológica* en la clasificación de depresiones somatógenas y psicopáticas o constitucionales, porque a menudo factores genéticos y orgánicos participan en su manifestación. No todos, sino sólo algunos niños con lesión cerebral temprana llegan a ser depresivos. Diferentemente que en adultos, en adolescentes y niños mayores es en la niñez temprana la localización de una lesión cerebral ligera menos trascendental para la acuñación o expresión de determinados psicósíndromes orgánico-cerebrales. Para el psicósíndrome orgánico-cerebral temprano es mucho más característico que no exista típicas correspondencias topográficas y psicopatológicas. Hay que aceptar por ello que en la manifestación de una depresión en un niño con lesión cerebral temprana es necesario un *factor disposicional genético* sin el cual no se desarrolla el síndrome depresivo.

Niños con *depresiones somatógenas* acusan también más tarde, como adolescentes y adultos, trastornos cognitivos adicionales. Así déficits parciales de rendimiento que conducen a una experiencia alterada del ambiente y con ello también a una alteración primaria de las reacciones y conductas infantiles.

Dislexias acústicas u ópticas así como una actividad psicomotórica aumentada pueden conducir a afectaciones adicionales. Además se encuentran acumulados trastornos de las «Condiciones previas de la inteligencia» (Jaspers), como la concentración y la perseverancia.

Depresiones somatógenas se encuentran además en niños y adolescen-

tes como manifestaciones acompañantes de una *epilepsia* en la que hay que deslindar disforias propias de la enfermedad de las condicionadas medicamentosamente. También en *trastornos endocrinos* o en o después de infecciones, intoxicaciones o en la convalecencia de afecciones graves. Depresiones sintomáticas aparecen en niños con relativa frecuencia, por ejemplo en el sarampión, corea menor, pero raramente se registran a causa de la enfermedad fundamental que está en un primer plano. Finalmente síndromes depresivos o disfóricos se observan también en *aberraciones cromosómicas* (M. Turner, M. Klimefelter) y en *enfermedades heredo-degenerativas* (por ejemplo en los pródromos de una Corea de Huntington).

El tratamiento de depresiones en niños y adolescentes está orientado lo mismo a la causa que al síntoma. Desde el aspecto causal específico está en las depresiones somatógenas en primer plano el tratamiento del trastorno fundamental. Distimias depresivas en niños epilépticos o adolescentes desaparecen a veces sorprendentemente bien por un cambio de la medicación anti-epiléptica.

Niños *hiperkinéticos* con estados distímicos depresivos deberían primero ser tratados con estimulantes que influyen favorablemente también sobre la distimia depresiva.

En afecciones endocrinas puede repercutir favorablemente en la situación afectiva la sustitución hormonal realizada por especialistas. Las *Depresiones condicionadas por drogas o fármacos* exigen una desintoxicación, una reducción o un cambio del medicamento. Sin embargo, para la mayor parte de las depresiones somatógenas en niños y adolescentes no es posible un tratamiento *causal* del trastorno fundamental ya que se trata de lesiones cerebrales ligeras o graves. Pero en éstas como en las otras formas depresivas en

las que no puede ser alcanzada una mejoría suficiente, también hay que considerar un tratamiento antidepressivo medicamentoso.

Señas del autor:

Prof. Dr. Gerhardt Nissen, Director de la Clínica y Policlínica Universitaria de Psiquiatría Infantil y Juvenil.

Füchleinstrasse 15, 8700 Würzburg.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERT, E.: «Organisch bedingte Affekt- und psychomotorische Psychosen bei Kindern». *Criaca port.* 12, 67 (1953).
- ANGST, J.: «Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen». Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1966.
- CORBOZ, R.: «Die Psychiatrie der Hirntumoren in Kindesalter». Wien: Springer, 1958.
- GRIESINGER, W.: «Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten». 1845 Nachdruck D. J. Bonset, Amsterdam, 1964.
- JASPERS, K.: «Allgemeine Psychopathologie». Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer, 1953.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: «An Empirical-clinical Approach toward a Definition of Childhood-Depression». In: Schulterbrandt, J. G., Raskin, A. (eds.) «Depression in Childhood: Diagnoses, Treatment and Conceptual Models». New York: Raven, 1977.
- NISSEN, G.: «Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter». Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1971.
- NISSEN, G.: «Depressive Zustände bei Kindern und Jugendlichen». In: Kielholz, P. (Hrsg.) «Der Allgemeinpraktiker und seine depressiven Patienten». Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981.
- PERRIS, C.: «A Study of Bipolar (Manic-depressive) and Unipolar Recurrent Depressive Psychosis». *Acta Psychiat. Scand.* 42, Suppl. 194 (1966).
- PIEPER, R.: «Die sogenannten konstitutionellen Depressionen bei Kindern». *Z. Kindertforsch.* 48, 116 (1940).
- SCHEPANK, H.: «Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen». Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1974.
- SCHNEIDER, K.: «Klinische Psychopathologie». Stuttgart: Thieme, 1959.
- SCHOLZ, L.: «Anomale Kinder». Berlin: Karger, 1912.
- SSCHAREWA, G. F.: «Episodic Psychosis in Remode Period after Cerenral Infections and Traumata». *C. S. Psychol.* 52, 135 (1956).
- STÄDELI, H.: «Die chronische Depression beim Kind und beim Jugendlichen». Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1978.