

SINDROME DEPRESIVO Y RETRASO MENTAL

Antonio Fernández Moreno
Murcia.

Frente a la antigua idea de que la depresión sólo se daba en niños con inteligencia normal, varios autores han publicado casos de depresiones en niños Retrasados Mentales, entre ellos Rideau que en el año 1971 estudió la depresión en 300 deficientes entre 7 y 20 años de edad, con Cocientes intelectuales entre 23 y 55, encontrando 18 casos que cumplían los criterios diagnósticos de depresión de este autor.

Queremos aportar nuestra experiencia por los años dedicados a dirigir Centros de Deficientes en esta Región de Murcia, así como el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica.

Todos los casos estudiados por nosotros cumplen los criterios de diagnós-

tico de Rideau, los descritos por Ling, los síntomas cardinales de la depresión en el niño de edad escolar de Nissen, así como los índices o items de Hampstead para el diagnóstico de las depresiones en la infancia señaladas por Sandler y Joffe, como «Reacción Depresiva».

En un Centro de Retrasados Mentales Severos y Moderados, sobre 210 historias clínicas, encontramos 5 niños y 1 niña, todos en régimen de internado (casos del n.º 1 al 6 de las tablas) con trastornos depresivos, lo que supone un 2,8%.

De estos seis casos, diagnosticamos tres «Reacciones Depresivas» que cumplían los índices de Hampstead.

— Caso n.º 1: Existe un real abandono familiar. Padre alcohólico y madre esquizofrénica ingresada desde hace varios años en el Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de El Palmar (Murcia).

— Casos n.º 2 y 3: Con gran rechazo familiar.

Los tres niños se muestran tristes, retraídos, con poco interés para las cosas, aburridos, insatisfechos, se sienten rechazados, no aceptan ayuda y hay dificultad para mantener contacto con ellos.

Diagnosticamos de Síndrome depresivo reactivo. los tres casos restantes del mismo Centro.

— Caso n.º 4: El factor desencadenante fue el no marchar los fines de semana con sus familiares, cosa que venía haciendo desde su ingreso en el Centro hacía cuatro años.

— Caso n.º 5: Comienza el cuadro al reingresar en el Centro después de varios días de ingreso en la Ciudad Sanitaria por apendicectomía.

Y por último, en el caso n.º 6 el factor desencadenante fue pasar del régimen de mediapensión a internado, por problemas familiares.

Vemos en todos estos casos la necesidad de protección familiar tan fundamental para estos niños deficientes. Por ello exigíamos a los familiares de los niños ingresados en régimen de internado (por razones geográficas que impiden el desplazamiento diario) que los fines de semana los pasen en el medio familiar para evitar la pérdida de contacto.

En un Centro de Retrasados Mentales Ligeros, de 247 historias clínicas, encontramos ocho casos de trastornos depresivos, que suponen un 3,2% (casos n.º 7 al 12, más 16 y 17) todos en régimen de internado.

Todos estos casos los diagnosticamos de «Reacciones Depresivas» por cumplir los índices de Hampstead. Tenían un nivel socioeconómico muy bajo, con abandono y rechazo familiar, existiendo un factor muy importante a tener en cuenta, la conciencia de su deficiencia y sus limitaciones, que ellos mismos manifestaban por tener suficiente nivel intelectual.

— Caso n.º 7: Presentaba hemiplejía derecha como secuela de meningitis. Siempre triste, miedosa, aislada, con rechazo familiar.

— Casos n.º 8 y 9: Eran hermanas. Real abandono familiar por fallecimiento de la madre, padre alcohólico con varios ingresos en el Hospital Psiquiátrico. Un hermano retrasado mental. El resto de las hermanas no se ocupaban de ellas.

Las dos niñas siempre tristes, lloronas, miedosas, tímidas, poca relación con compañeras de su edad, prefiriendo las de menor edad del internado.

— Caso n.º 10: Niño rechazado por la familia, pocas visitas y salidas; con ptosis palpebral, tartamudez, triste, agresivo a veces, insomnio, masturbación, aislado.

— Caso n.º 11: Rechazo familiar muy manifiesto por no aceptar la deficiencia del niño. Presenta hemiplejía derecha y estrabismo.

Niño muy afectado por sus deficiencias se siente desgraciado, llorón, triste, con deseos de muerte, agresivo a veces, por lo que era rechazado por sus compañeros.

— Caso n.º 12: Padre fallecido. Madre esquizofrénica ingresada en Hospital Psiquiátrico. Hijo único. La abuela en raras ocasiones le visita. Niño muy serio, apático, agresivo, vengativo, rencoroso, por lo que es rechazado por sus compañeros.

— Caso n.º 16: Niña del Tribunal Tutelar de Menores por fallecimiento del padre y madre prostituta, que se interesa por la niña e incluso pretende viva con ella, que por supuesto no se autoriza.

Niña triste, aislada y rechazada por sus compañeras.

— Caso n.º 17: Padre silicótico fallecido. Madre retrasada mental. Abandono total.

Niño triste, aislado, tics, intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones por osteomielitis.

En el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Murcia, últimamente hemos visto dos niños con retraso mental ligero y una niña con nivel límite, que diagnosticamos de Síndrome depresivo reactivo.

— Caso n.º 13: A raíz de una apendicectomía, se instaura el cuadro clínico, que señalamos en las distintas tablas.

— Caso n.º 14: El factor desencadenante del síndrome fue el fallecimiento de un primo del niño por inmersión.

— Caso n.º 15: Niña adolescente, con nivel intelectual límite, que por ma-

yores exigencias escolares al comenzar B.U.P. en un Instituto, después de haber cursado la Enseñanza General Básica en un Colegio más tolerante, sufre el síndrome depresivo reactivo.

La sintomatología detallada de todos estos casos, se expresa en las tablas que presentamos.

Según sexo coincidimos con Nissen en que el comportamiento de las niñas era pasivo-inhibido, mientras que en los niños destacaba su agresividad e irritabilidad.

Creemos es importante tener en cuenta la existencia de estos cuadros depresivos en niños Retrasados Mentales, que pueden pasar inadvertidos considerándolos como manifestaciones propias de su deficiencia mental, a los que podemos aliviar con tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia de apoyo al niño y actuación sobre el ambiente familiar y social.

Autor: **Antonio Fernández Moreno**
Director del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica.
Murcia.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE RIDEAU

Número del caso	Inhibición motriz	Dismin. curso pensa.	Dismin. Comun. social	Tristeza ideas muerte	Anorexia	Regresión Enur. y encopresis	Ideas de inferioridad	Alter. comportamiento	Alter. sueño insomnio	Alter. psicosomat.
1	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-
2	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
3	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
4	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+
5	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+
6	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-
7	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
8	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+
9	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+
10	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
11	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
12	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
13	+	-	+	+	+	-	-	-	+	+
14	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-
15	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-
16	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+
17	+	-	+	+	+	-	+	-	-	+

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE LING

Número del caso	Cambio humor	Aislamiento	Mala escolaridad	Alt. del sueño	Agresividad	Autodesprecio	Apatía	Alt. somáticas	Fobia escolar	Pérdida peso anorexia
1	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
2	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
3	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+
4	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
5	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
6	+	+	-	+	+	-	-	-	-	+
7	+	+	-	+	-	-	+	-	-	+
8	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+
9	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+
10	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
11	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+
12	+	+	-	+	+	+	-	-	-	+
13	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+
14	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
15	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
16	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-
17	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-

INDICES DE HAMSTEAD

Núm. del caso	Triste	Retraído	Descontento	Rechazado	No acepta ayuda	Insomnio	Autoerotismo	Mal contacto
1	+	+	+	+	-	+	-	+
2	+	+	+	+	-	+	-	+
3	+	+	+	+	-	+	-	+
7	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	-	+	-	+
9	+	+	+	+	+	+	-	+
10	+	+	+	+	-	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	-	+
12	+	+	+	+	+	+	+	+
16	+	+	+	+	-	+	-	+
17	+	+	+	+	-	+	-	+

CRITERIOS DE NISSEN

Núm. del caso	Cambios ánimo	Aislamiento	Onicofagia	Hipocondría	Inferioridad	Opresión
1	+	+	+	-	-	-
2	+	+	+	+	+	-
3	+	+	+	+	+	-
4	+	+	+	+	-	-
5	+	+	+	+	-	-
6	+	+	+	-	-	-
8	+	+	+	+	+	-
9	+	+	+	+	+	-
10	+	+	+	-	+	-
11	+	+	+	-	+	-
12	+	+	+	+	+	-
13	+	+	+	+	-	+
14	+	+	+	-	-	+
15	+	+	+	+	+	-
16	+	+	-	+	+	+
17	+	+	+	+	+	-

DATOS PERSONALES

Núm. del caso	Sexo	Edad	Grado R. mental	Otro diagnóstico
1	V.	11	Moderado	—
2	V.	11	Moderado	—
3	H.	10	Moderado	Little
4	V.	15	Moderado	S. Down
5	V.	9	Moderado	—
6	V.	7	Severo	—
7	H.	17	Ligero	Hemiplejía
8	H.	13	Ligero	—
9	H.	12	Ligero	—
10	V.	14	Ligero	Ptosis parpebral Tartamudez
11	V.	13	Límite	Hemiplejía
12	V.	12	Ligero	—
13	V.	13	Ligero	—
14	V.	14	Ligero	—
15	H.	15	Límite	—
16	H.	14	Ligero	—
17	V.	11	Ligero	Osteomielitis

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, G. L.; KIVOWITZ, J.; ZISKIND, E. (1970): «Manic depressive psychosis, mental retardation and chromosomal rearrangement». *Arch. Gen. Psychiatry*, 23 (4): 305-309.
2. BERMAN, M. (1967): «Mental retardation and depression». *Ment. Retard.*, 5 (6): 19-21.
3. BERNSTEIN, Norman R. y RICE, Jack O. (1972): Walter E. Fernald State School, Weverly, Mass. «Psychiatric consultation in a school for the retarded». *American Journal of Mental Deficiency*, 76 (6), 718-725.
4. DUGAS, M. y MOUREN, M. C. (1980): *Les troubles de l'humeur l'enfant demoins de 13 ans*. Paris, PPresses Universitaires de France.
5. HEATON-WARD, A. (1977): «psychosis in Mental Handicap. The tenth Blake Marsh Lecture delivered before the Royal College of Psychiatrists». *Br. J. Psychiatry*, 130, 525-533.
6. JACOBS, R. (1970): «Aimend pharmacotherapy of depressions in mentally retarded children and juveniles». *Arzneim Forsch*, 21 (5), 607-609.
7. KANNER, L. (1966): *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires, Paidós.
8. LANG y DUCAMP (1068): «The place of nortriptyline in the treatment of children of a medicalpedagogical center». *Annales Medico-Psychologiques*, 2 (2), 285.
9. MICHEAUX, L. (1965): *Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Luis Miracle.
10. REID, A. H. (1976): «Psychiatric disturbances in the mentally handicapped». *Proc. R. Soc. Med.*, 69 (7), 509-511.
11. REID, A. H. (1980): «Psychiatric disorders in mentally handicapped children: a clinical and follow-up study». *J. Ment. Defic. Res.*, 4: 287-298.
12. REVILL, M. G. (1972): «Symposium on the treatment of behavioural problems: IV. Manic depressive illness in retarded children». *British Journal of Mental Subnormality*, 18 (35) Pt. 2, 89-93.
13. ROURKE, P. G. y QUINLAN, D. M. (1973): «Psychological characteristics of problem children at the borderline of mental retardation». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 40 (1), 197-200.
14. VELILLA PICAZO, J. M.; MIRAVETE FUERTES, P. y BONALS PI, A. (1976): «Problemas de los niños débiles mentales en la escuela y la familia». *Archivos de Neurobiol.*, 39 (2), 121-142.