

ASPECTOS CLINICOS DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

Dra. C. Gómez-Ferrer Górriz
Murcia.

Vamos a aportar los datos clínicos obtenidos de los casos de depresiones infantiles que hemos visto en el Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de Murcia, durante los dos años de su funcionamiento, teniendo en cuenta que sólo tenemos consulta ambulatoria y somos dos médicos paidopsiquiatras.

De un total de 310 casos atendidos encontramos 10 depresiones que cumplen sobradamente las condiciones de diagnóstico de Ling y Rideau¹ lo que supone un 3,2% del total de los enfermos paidopsiquiátricos, que está de acuerdo con las frecuencias dadas por diversos autores, como el 3,5% para Dugás,² el 2,6% para Mendiguchía.³

SEXO

Hay un predominio del femenino ya que tenemos 6 mujeres y 4 varones.

EDAD

Cinco casos están comprendidos entre los 5 y 10 años y otros 5 casos entre los once y quince años:

MOTIVO DE LA CONSULTA

Nos referimos al expresado por los padres al iniciar la historia clínica, encontrando en todos los casos la tristeza y el llanto; en 7 casos ideas de muerte; en 6 de ellos crisis de ansiedad y miedo intenso, en otros 3 insomnio, en

1. Cit. por Dugás (1980), pp. 69 y 93.
2. Dugás, *ibid.*, p. 17.
3. Mendiguchía (1980), p. 641.

un caso cefalea y anorexia y en otro caso intento de suicidio.

CUADRO CLINICO

El tiempo de evolución de la enfermedad oscilaba entre 8 días y 2 años, siendo de 8 a 20 días en 3 casos; de 3 a 10 meses en 4 casos y de 1 a 2 años en 3 casos.

La sintomatología recogida en la anamnesis y en la observación directa y entrevista con el niño la valoramos y enumeramos siguiendo los criterios clínicos de diagnóstico de diversos autores y ordenada de mayor a menor frecuencia de presentación.

Criterios de Diagnóstico de Ling

Encontramos aislamiento en todos los casos; cambios de humor en 9 casos; malos resultados escolares, alteraciones del sueño y falta de energía en 8 casos; anorexia (4 casos), comportamiento agresivo inusual, quejas somáticas y fobia escolar (3 casos) y auto-desprecio en un solo caso.

Criterios de Diagnóstico de Rideau

En los 10 casos es patente la inhibición motriz y gestual y los cambios de humor; disminución de la comunicación social y trastornos de comportamiento en 9 casos; 8 de ellos presentan trastornos del sueño; en 6 hay ideas de inferioridad o culpabilidad; disminución de las funciones vitales en 4 casos; en 3 hay trastornos psicósomáticos y en 2 regresión en el comportamiento esfinteriano.

Sintomatología según Dugás

Agrupando Los sistemas clínicos según los criterios de este autor⁴ encontramos los siguientes:

1) Alteraciones del humor:

Tristeza y llanto (10 casos), disfonía (7 casos), soledad, incompreensión y temor a la muerte (5 casos); desinterés y aburrimiento (3 casos); dolor moral (2 casos) e intento de suicidio (1 caso).

2) Repercusión escolar:

Ha disminuido de forma patente el rendimiento en 6 casos y en 4 hay marcada fobia escolar.

3) Inhibición motriz:

Se aprecia astenia y pasividad en 6 casos; en 5 casos hay rechazo de juegos, deseo de soledad y de no salir.

4) Alteraciones del comportamiento:

En 7 casos hay marcada ansiedad, angustia y fobia; inquietud (5 casos); rabietas (4 casos); cólera y agresividad (2 casos).

5) Síntomas físicos:

Destaca el insomnio en 5 casos, la anorexia en 4 casos, enuresis o encopresis (2 casos), cefaleas, mareos y dolores varios en un caso.

4. Dugás (1980), p. 49.

EXPLORACION PSICOLOGICA

En esta exploración utilizamos básicamente para el estudio de la inteligencia y aptitudes el WISC, Terman, Figura Humana de Goodenough, Laureta Bender y pruebas de escolaridad.

Como tests proyectivos el de Frustración de Rosenzweig, Rorschach, Fábulas de Düs, CAT y TAT.

Encontramos un nivel intelectual Normal en 7 casos y Límite con problemas de aprendizaje en 3 casos.

En cuanto a personalidad destacamos, en el test de Rosenzweig la mala tolerancia a la frustración, sentimientos de culpa, negación de la realidad y evasión.

Los protocolos del Rorschach son de pobre contenido, con marcada ansiedad y agresividad, predominando las respuestas de animales, monstruos, humanas, pero estas últimas suelen estar mutiladas.

En las historias descritas en los tests de CAT-H y TAT, predominan los temas de enfermedad, pobreza, soledad, abandono, castigo, muerte, siendo patentes también la agresividad, ansiedad, fracaso, rechazo y autodesprecio.

En 3 casos la inhibición fue tan intensa que se negaron rotundamente a realizar las pruebas proyectivas, y otras veces, las obtuvimos en una segunda entrevista.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Respeto a la composición de la familia observamos que es el mayor de los hermanos en 3 casos, el menor de 5 casos y ocupa un lugar intermedio en 2 casos.

En cuanto al sexo, hay ambos en 5 familias, en 3 casos son todo mujeres y en 2 casos son varones todos los hermanos.

Como antecedentes patológicos familiares encontramos en 4 de las madres, depresiones; cuadros neuróticos en 2 de los padres y en 1 madre y cefaleas en 2 padres.

En el carácter de los padres hay 3 madres que son dominantes y nerviosas, en 2 casos las madres son dominantes y los padres pasivos, y en otros 2 casos hay desavenencias matrimoniales.

En cuanto a colaterales hay 7 casos con antecedentes depresivos, 3 con psicosis, 1 con suicidio, y 1 solo caso no tiene antecedentes neuropsiquiátricos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

Los fármacos utilizados han sido Imipramina, Amitriptilina, Clorimipramina y Maprotilina.

En todos los casos hemos realizado psicoterapia de apoyo al niño y a sus padres.

En cuanto a la evolución, 8 casos fueron tratados entre mes y medio y cuatro meses, dándoles el alta por remisión total del cuadro; dos casos no se pudieron controlar y 1 caso precisó internamiento, en otra institución por intento de suicidio.

Tres casos habían sido tratados anteriormente sin mejoría.

FACTORES DESENCADENANTES

Estamos de acuerdo con Dugás al elegir este término en lugar del de etiología o causas de la depresión infantil, pues creemos que en toda la patología paidopsiquiátrica y de forma particular en la que nos ocupa, son múltiples los

factores patógenos que están influyendo en el niño y siempre están íntimamente relacionados los genéticos y ambientales, siendo difícil en múltiples ocasiones determinar cuáles tienen preponderancia.

Siguiendo también la sistemática que realiza el citado autor respecto a la etiología,⁵ recordando la posible predisposición constitucional y teniendo en cuenta los antecedentes reseñados, hemos encontrado en 3 casos la existencia de una personalidad previa con alteraciones de claro matiz depresivo, que cumplen los índices de Hampstead señalados por Sandler y Joffe.⁶ Un caso se desencadenó a raíz de una apendicectomía y en 2 casos no hemos encontrado motivo aparente alguno.

Pero nos ha llamado la atención el hecho de que 2 casos de intensa sintomatología se desencadenaron bruscamente al ver películas de terror en la televisión diciéndonos las mismas niñas, de 9 a 11 años, el momento exacto en que había comenzado el problema a raíz de las escenas vistas que les causaron gran impresión por el dramatismo de las imágenes de muertes, incendios y monstruos. Esa noche ya tuvieron intenso miedo, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño y a partir de entonces surgieron ideas sobre la muerte propia y de familiares, marcado miedo y los síntomas depresivos.

En el caso de 1 varón de 15 años comenzó a raíz de un trágico accidente de autobús en que perdieron la vida numerosos niños de una localidad, del que se dio abundante información televisada.

En una niña de 5 años se había iniciado la sintomatología con miedo que los padres relacionaban con las pelícu-

las de televisión, incluso de los programas infantiles.

Queremos destacar que estos casos se produjeron la temporada en que se emitía por TV una serie de películas de terror y que en esa época era frecuente, al realizar las historias clínicas, encontrar muchos niños en los que se había acentuado el miedo o había surgido por vez primera a consecuencia de ver estas películas. Naturalmente se emitían en horario nocturno e incluso se advertía antes de su proyección que no eran adecuadas para niños, pero sabemos que esto no se cumple bien por todas las familias, incluso había niños que las veían en aparato distinto al de los padres sin que éstos se percataran de ello.

Creemos que la gran viveza y realismo de las imágenes proyectadas son las determinantes de las fuertes vivencias que el niño tiene y que tanto le angustian. Y aunque pensamos que existen factores predisponentes, constitucionales y de personalidad, que son los más responsables, nos preguntamos si no es más conveniente evitar estas experiencias a los niños, sobre todo a los más sensibles a ello.

Por nuestra parte procuramos concienciar a los padres para que se preocupen más por valorar los aspectos positivos y negativos de la TV,⁷ y controlar el tiempo a ella dedicado que creemos es, en general, excesivo.

Dada la preocupación que nos produce constatar esta problemática en nuestra habitual consulta hemos realizado una revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre estos temas desde el año 1966 de los que reseñamos los más significativos, haciendo constar que sólo hemos podido consul-

5. Dugás (1980), p. 83.

6. Dugás, *ibid.*, p. 68.

7. Ferrer Masip (1975), p. 58.

tar los españoles, mientras que no hemos recibido todavía los originales de los extranjeros.

También queremos indicar que en los tres últimos casos vistos hemos realizado el test de supresión de la Dexa-

metasona, cuyos resultados aún no hemos podido conocer, en lo que vamos a seguir profundizando con el fin de poder aportar datos que nos proporcionen más luz sobre la naturaleza y etiología de las depresiones infantiles.

BIBLIOGRAFIA

1. AYUSO GUTIERREZ, J. L.: «Las depresiones en la infancia y en la adolescencia». *Rev. Esp. Med. Hig. Esc.*, 8 (29), 43, 1974.
2. BRYAN, J. H. y SCHWARTZ, T.: «Effects of film material upon children's behavior». *Psychol. Bull.* 75 (1), 50-9, 1971.
3. CANTOR, J. y REILLY, S.: «Adolescents fright reactions to television and films». *J. Commun.*, 32 (1), 87-99, 1982.
4. DUGAS, M. y MOUREN, M. C.: *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. París, Presses Universitaires de France, 1980.
5. EISLER, Riane T. y LOYE, David: «Childhood and the chosen future». *Journal of Clinical Child Psychology*, 9 (2), 102-106, 1980.
6. FERRER MASIP, B.: «Influencia psico-biológica de la televisión en el niño». *Acta Pediatr. Esp.*, 33 (386), 57, 1975.
7. GASTON, E.: «Un estudio y el proyecto de otro sobre el problema de los efectos de la publicidad comercial dirigida al niño en España». *Bol. Soc. Aragón. Pediatr.*, 3 (5), 245, 1972.
8. GOMEZ-FERRER GORRIZ, C.: «Depresiones infantiles». *Bol. Soc. Val. Ped.*, X, 37, 35-44, 1968.
9. GONZALEZ INFANTE, J. M. y RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: «Consideraciones en torno a los actos suicidas infanto-juveniles». *Hisp. Med.*, 33 (381), 209, 1976.
10. LAGERSPETZ, Kirsti M. y ENGLOM, Paivikki: «Immediate reactions to TV-violence by Finnish preschool children of different personality types». *Scandinavian Journal of Psychology*, 20 (1), 43-53, 1979.
11. LOÑO-CAPOTE, J.: «Síndrome depresivo en la infancia». *Bol. Soc. Val. Pediatr.*, 1 (3), 54, 1981.
12. MENDIGUCHIA QUIJADA, F. J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid, Ediciones del Castillo, 1980.
13. OSBORN, D. K. y ENDSLEY, R. C.: «Emotional reactions of young children to TV violence». *Child. Dev.*, 42 (1), 321-331, 1971.
14. SERRATE, A.: «Síndromes depresivos en la infancia». *Arch. Fac. Med. Zaragoza*, 19 (1), 35-41, 1971.
15. ULDALL, B.: «Harmfull viewing of television in children». *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 94 (28), 1453-1455, 1969.
16. VELILLA PICAZO, J. M. y cols.: «Algunos factores de la depresión del niño y del adolescente». *Commun. Psiquiatr.*, 8, 121-139, 1981.