



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Depresión infantil: Una revisión de los conocimientos actualmente disponibles

E. Doménech\*, A. Polaino-Lorente\*\*

\*Catedrática de Psicopatología de la Universidad Autónoma de Barcelona. \*\*Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid

## Resumen

Los autores presentan una revisión actualizada de las depresiones infantiles en función de lo que se ha comunicado en la reciente literatura científica disponible. Tiene aquí especial relevancia la evaluación biológica de estos trastornos por constituir la dirección que, en torno a las investigaciones actuales de la depresión infantil, se ofrece como la más prometedora. También se recoge una presentación crítica en relación con las aportaciones generadas desde el ámbito de la denominada psicopatología del desarrollo.

Palabras clave: Depresión infantil, evaluación, marcadores neuroendocrinos y genéticos, epidemiología, psicopatología del desarrollo

(Act Ped Esp 1992; 50: 372-381)

## Summary

The authors present a recent review of childhood depressions based on the late available scientific communications. They specially remark the importance of the biological evaluation of these diseases, that represent the most interesting trend of present investigations about childhood depressions. A critical report about contributions from the called development psychopathology is also presented.

Key words: Childhood depression, evaluation, neuroendocrine and genetic markers, epidemiology, development psychopathology

(Act Ped Esp 1992; 50: 372-381)

## Introducción

A partir de los años sesenta, el tema de la depresión infantil atrae el interés de los responsables de la salud del niño de una forma muy relevante. Así pues, durante las tres últimas décadas este tema clínico no sólo no ha perdido vigencia, sino que ha manifestado una marcada tendencia alcista, manteniéndose la investigación y las publicaciones que a él se refieren en las revistas de psiquiatría.

La existencia de un trastorno depresivo en la infancia constituye un hecho que, en la actualidad, es prácticamente indiscutible. Del mismo modo, su aceptación por la mayoría de los autores ha sido un fenómeno progresivo. Sin embargo, los estudios realizados hasta este momento, a pesar de emplear técnicas de abordaje muy diversas, han fracasado en buena parte a la hora de establecer la validez de este trastorno<sup>51</sup>.

En la clínica, sin embargo, la depresión infantil constituye hoy una realidad difícilmente discutible. Entre los diversos tipos de depresión que pueden afectar al niño, la

depresión mayor es la que, por el momento, está mejor delimitada, afectando a un 2% de la población mundial infantil, lo que representa una prevalencia semejante a la encontrada en la población española<sup>42,11</sup>.

El diagnóstico de la depresión en la infancia sigue siendo difícil. La celeridad del desarrollo, tanto cognitivo como emocional y social, durante los primeros años de la vida hace variar la expresividad clínica del trastorno en las distintas etapas evolutivas. Otra dificultad sobreañadida a la anterior consiste en que una parte importante de esa sintomatología es intrapsíquica y, por tanto, mucho más complicada de explorar en los niños. Las manifestaciones conductuales, por su parte, constituyen un aspecto más, aunque no siempre sea el más importante ni el más específico del trastorno depresivo.

A pesar de estas dificultades, las investigaciones y la literatura científica sobre este tema siguen aumentando. Kashani<sup>27</sup> hace referencia al crecimiento explosivo experimentando en este ámbito de la psiquiatría infantil, lo que obliga a los estudiosos del tema a no quedarse sólo

los conocimientos ya adquiridos y a hacer revisiones periódicas tratando de integrar las nuevas aportaciones. En esta colaboración trataremos puntualmente algunos aspectos recientes referidos al estudio de la depresión infantil. Se abordarán, en concreto, las cuestiones siguientes: definición, clasificación y criterios diagnósticos; evaluación psicológica y biológica; epidemiología; y prevalencia y eventos psicopatológicos de tipo evolutivo.

## El problema de la definición

Es importante que el pediatra sepa a qué nos referimos cuando hablamos de depresión infantil. No siempre deben considerarse como patológicas las variaciones de humor que acontecen en el niño o en el adulto. Hay estados de tristeza que son tan normales como ciertos sentimientos de culpabilidad, hasta el punto de que en algunos de estos casos lo anormal sería no padecerlos.

Pero, ya dentro del ámbito de la psicopatología, cuando se habla de depresión uno puede referirse a unos síntomas o bien a un síndrome clínico. Desde un enfoque psicológico, la depresión puede definirse midiendo la cantidad y la severidad de determinados síntomas; éste es el caso que Eisenberg<sup>12</sup> denominó con el término «depresión psicométrica», porque se puede detectar en tests psicométricos de lápiz y papel.

Otra sería la llamada «depresión clínica»<sup>27</sup>, que sólo puede diagnosticar a partir de una entrevista clínica con el paciente, el cual debe presentar un conjunto bien definido de síntomas de manera que el clínico pueda establecer la presencia de un cuadro depresivo. Hasta este momento no se ha podido demostrar que «depresión psicométrica» y «depresión clínica» sean equivalentes, a pesar de que algunos lo consideren así, ni que se superpongan e identifiquen en la mayoría de los pacientes que son calificados de este modo.

## Clasificación

La clasificación de las depresiones así como los criterios diagnósticos continúa siendo, todavía hoy, un tema controvertido.

Las clasificaciones actuales que tienen mayor relevancia, el DSM-III-R y la ICD-10, no han incluido las depresiones infantiles dentro de los trastornos referidos a la infancia, por lo que las tratan incorporándolas a los apartados de que disponen para los adultos. Esto no sucede ni siquiera con los trastornos de ansiedad, en los que se consideran formas típicamente infantiles y bien individualizadas la ansiedad de separación, la ansiedad por evitación y la generalizada.

Estas grandes clasificaciones establecen las mismas categorías para la depresión de los niños y del adulto, con una única diferencia en lo relativo al área de expresión sintomatológica en función de las distintas edades.

La ICD-10, siguiendo este criterio, no incluye la de-

presión infantil en el capítulo F9 que versa sobre los «Trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia». Llama la atención, sin embargo, el hecho de que dentro de esta categoría F9 conste el «trastorno de conducta depresiva». Esta sería una forma especial de alteración comportamental que iría acompañada de síntomas depresivos, sin constituir en sí misma un síndrome depresivo.

La antigua división de las depresiones en «endógenas» y «exógenas» ha dejado de utilizarse, muy probablemente porque no se podían relacionar con las respuestas terapéuticas de los pacientes.

El DSM-III-R<sup>1</sup> clasifica los trastornos del humor en bipolares y depresivos, comprendiendo cada uno de ellos, a su vez, dos subdivisiones. Los primeros pueden ser bipolares con la presencia de al menos un episodio maniaco y ciclotímicos. Los segundos, es decir, los depresivos, se subclasifican en depresión mayor y distimia.

Aunque hasta ahora disponíamos de muy pocos trabajos sobre trastornos bipolares y ciclotímicos en la infancia, últimamente se aprecia un incremento de publicaciones sobre dicho trastorno en estas edades. Es posible, como piensan algunos, que ciertos síntomas maníacos se solapen en los niños con los de hiperactividad, con los que se les confunde.

La categorización en la ICD-10 es distinta. Los trastornos afectivos se encuentran en la sección F3 y están subdivididos en: episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes y otros.

El episodio depresivo se clasifica a su vez según el grado de severidad, en ligero, moderado y severo (con o sin síntomas psicóticos), ubicándose la distimia dentro de los trastornos persistentes del humor.

## Criterios para el diagnóstico

Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor, según la reciente clasificación DSM-III-R son exactamente los mismos para el niño que para los adultos. Para establecer un diagnóstico operacional clínico se requiere la presencia, durante un tiempo mínimo de dos semanas, de humor irritable o disfórico y/o anhedonia, más un mínimo de cuatro síntomas entre los que se indican a continuación: alteración del apetito, trastorno del sueño, exaltación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar e ideación mórbida o suicida.

Para hacer un diagnóstico de distimia en un niño o en un adolescente se exige la presencia de un estado de ánimo deprimido o de irritabilidad persistente, más al menos dos síntomas de entre los siguientes: alteraciones del apetito, aumento de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Esta sintomatología debe mantenerse y ser estable durante un periodo mínimo de un año.

unque los criterios para el diagnóstico de depresión por o de distimia en el niño sean igual que en el adulto, la detección de la depresión infantil presenta una dificultad por algunos de los siguientes motivos:

1. La expresividad clínica de la sintomatología está limitada por el desarrollo.

2. Cuando un niño no ha alcanzado un nivel suficiente de aptitudes verbales, el diagnóstico ha de basarse en la comunicación no verbal, en la expresión postural, en las facies, en el tono de la voz, en el nivel de actividad, etc., que pueden ser de difícil valoración<sup>39,40</sup>.

3. La depresión en el niño va unida a menudo a otros trastornos del comportamiento y éstos pueden dificultar el diagnóstico real y primario de depresión.

4. El motivo de consulta en la clínica psiquiátrica infantil no es prácticamente nunca la depresión, porque los niños no se quejan de depresión y los padres suelen ignorar que tras un fracaso escolar o un mal comportamiento pueda existir una enfermedad depresiva.

En cuanto al diagnóstico biológico de la depresión infantil hay que decir que se halla todavía en una etapa incipiente y con un marcado retraso con respecto a los conocimientos actuales de que disponemos en lo relativo a las bases biológicas de la depresión en el adulto. Sin embargo, el hecho de que los niños que presentan un cuadro depresivo respondan a la medicación antidepresiva es un indicio de que también existen modificaciones biológicas en las depresiones infantiles<sup>43</sup>.

### Evaluación psicológica de la depresión infantil

Hasta 1977 la depresión infantil era evaluada con técnicas psicométricas tradicionales. Sobre todo se utilizaban procedimientos gráficos como el dibujo del niño y los tests proyectivos. Una técnica bastante empleada era el psicograma de Rorschach. Estos métodos siguen teniendo una utilidad clínica muy limitada, pues no permiten una evaluación objetiva.

Las primeras evaluaciones objetivas de la depresión infantil con escalas propias se remontan a 1977, con la publicación del «Children's Depression Inventory» o CDI<sup>31</sup> y el «Personality Inventory for Children-Depression Scale» o PIC-D<sup>60</sup>.

Desde entonces a esta parte se han creado numerosas escalas de evaluación conductual para la depresión infantil, y muchas de ellas han sufrido ya varias revisiones. Se trata, por lo general, de cuestionarios o listados de fácil y rápida aplicación auto o heteroevaluativos, en los que lo que realmente se valora es la sintomatología depresiva pero no la depresión infantil, considerada ésta como síndrome o como trastorno.

Las escalas autoevaluativas, es decir, las que recaban información procedente del mismo paciente, permiten el acceso directo a los estados internos del enfermo, circunstancia ésta muy difícil de explorar por otros medios.

Para complementar la información del propio sujeto —siempre primordial en la patología depresiva— disponemos también de escalas heteroaplicadas para padres, maestros y compañeros. Hemos construido dos escalas en castellano para la evaluación de la depresión infantil, a partir de los datos que pueden suministrar el maestro y los padres: la ESDM o escala de Sintomatología Depresiva para Maestros<sup>9</sup> y la ESDP o Escala de Sintomatología Depresiva para padres<sup>10</sup>.

Para la evaluación del síndrome de depresión infantil disponemos en la actualidad de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, lo que ha permitido dar un importante paso hacia adelante en la investigación de las depresiones infantiles y muy especialmente en la evaluación de sus correlatos biológicos. La aplicación de estas técnicas al ámbito de la psiquiatría infantil es todavía más reciente que el uso de las escalas de evaluación conductual. Aunque hay algunos antecedentes, la mayoría de las entrevistas estructuradas que están a disposición de los clínicos en psiquiatría no ha empezado a utilizarse hasta la década de los ochenta.

Las entrevistas estructuradas o semiestructuradas, específicas para la depresión infantil, son muy escasas. Dentro de este grupo se encuentra el «Bellview Index of Depression» (BID; 38) y la «Children's Depression Rating Scale-Revised» (CDRS-R; 44). A éstas podría añadirse la GRASP, que está destinada a evaluar sólo a los niños por debajo de los seis años de edad.

Las entrevistas estructuradas más conocidas en psicopatología infantil cubren, además de la depresión, otros diagnósticos. Entre éstas, las más utilizadas son la «Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia» (K-SADS; 5); la «Interview Schedule for Children» (ISC; 29); la «Diagnostic Interview for Children's Affect» (DICA; 21), cuya última versión de 1988 se adapta a los criterios establecidos por el DSM-III-R; la «NIHM Diagnostic Interview Schedule for Children» (DISC; 6) y la «Child Assessments Schedule» (CAS; 22).

La forma más novedosa de evaluación psicológica de la depresión infantil probablemente la constituya el DPCA o «Dimension of Depression Profile for Children and Adolescents»<sup>20</sup>. Este instrumento consta de cinco escalas, con seis ítems cada una, que permiten obtener un perfil de las puntuaciones del niño deprimido en las distintas dimensiones que evalúa la prueba: afecto o humor deprimido, autovaloración global, energía o interés, culpabilidad e ideación suicida. El formato original de este instrumento permite evitar la tendencia de cualquier persona que piense dar las respuestas que más le favorezcan.

### Evaluación biológica de la depresión infantil

Estamos muy lejos todavía de poder hacer con certeza un diagnóstico de trastorno depresivo infantil empleando, por ejemplo, marcadores biológicos. La investiga-

ción biológica de la depresión en la infancia es todavía muy pobre si se la compara con lo que sabemos respecto de la psicopatología del adulto, habiéndose iniciado, por otra parte, bastante más tarde. Queremos recordar aquí la labor de un español, Joaquín Puig-Antich, pionero en este campo, cuyas investigaciones hicieron progresar, de forma relevante, el conocimiento que teníamos sobre ciertos aspectos biológicos de los trastornos afectivos infantiles antes de la pubertad.

Se suele distinguir entre dos tipos de marcadores biológicos: los denominados «de estado», que sólo se detectan durante el episodio depresivo y los «de rasgo», que persisten a pesar de que el cuadro clínico haya remitido. Al parecer, estos últimos estarían determinados genéticamente<sup>48</sup>.

Consideremos brevemente el estado actual en que se encuentra el estudio de los marcadores de la actividad neurotransmisora, los marcadores neuroendocrinos, los marcadores genéticos y la arquitectura del sueño. Nos limitaremos aquí a dar noticia de los estudios realizados en la infancia.

#### *Los correlatos biológicos de la actividad neurotransmisora*

Estos correlatos biológicos en las depresiones infantiles son únicamente los marcadores de estado; la sensibilidad y la especificidad de estos marcadores arrojan valores sólo moderados<sup>27</sup>. El primer trabajo publicado sobre este tema se debe a Cytryn y cols. (1974). Los autores señalaron un descenso del nivel del 3-metoxi-4-hidroxifenil-etilenglicol (MHPG), metabolito urinario de la catecolamina NE o norepinefrina durante el episodio depresivo de niños cuyas edades oscilaron entre los 6 y 12 años.

Posteriormente, otros autores han estudiado los niveles en plasma y líquido cefalorraquídeo de ciertos metabolitos de la norepinefrina y de la serotonina, sin demasiada eficacia. Por el momento, continuamos sin conocer el mecanismo de acción de los tricíclicos en la población infantil. Se sabe, sin embargo, que su farmacocinética es distinta antes y después de la pubertad, que las concentraciones máximas del medicamento en plasma se alcanzan antes en los niños que en los adultos y que la vida media plasmática es más corta en aquéllos.

#### *Marcadores neuroendocrinos*

Dentro de este grupo cabe considerar el DTS o test de supresión de la dexametasona, el estudio de la hormona de crecimiento, la respuesta de la TSH (hormona estimulante del tiroides) a la tiotropina y la secreción de melatonina.

Las respuestas de los niños al DTS son, por ahora, contradictorias<sup>50,58</sup>. Sin embargo, los datos aportados por la investigación de esta prueba en niños apoyan cada día más su utilidad como marcador de estado en la depresión infantil.

En cambio, el estudio de la secreción de hormona de

crecimiento puede constituir un verdadero marcador de rasgo de los trastornos depresivos infantiles<sup>50</sup>.

Durante el episodio depresivo mayor, de una parte disminuye la secreción de hormona de crecimiento en respuesta a la hipoglucemia inducida por insulina y, de otra, aumenta la producción de hormona de crecimiento durante el sueño.

Debe señalarse que, hasta ahora, han fracasado todos los intentos realizados en niños con el test de estimulación de la tiotropina hipotalámica (TRH), que desencadena a su vez la secreción de TSH hipofisaria. Esta prueba no ha discriminado entre niños deprimidos y controles. Estudios recientes<sup>17</sup> han confirmado los resultados negativos obtenidos en trabajos anteriores.

Recientemente se ha comenzado a evaluar la secreción de melatonina. Se han encontrado concentraciones más bajas de melatonina en un grupo de nueve niños deprimidos que en un grupo control<sup>4</sup>. Este resultado es análogo al que se ha encontrado en adultos deprimidos.

#### *Marcadores genéticos*

El estudio de gemelos ha apoyado la hipótesis de la transmisión genética de las depresiones. Sin embargo, estos resultados han sido contrarrestados por algunas investigaciones en las que se han estudiado gemelos monocigóticos que han crecido en distintos ambientes.

Puig-Antich (1980) señaló como un factor de riesgo de morbilidad muy elevado para la depresión infantil el padecimiento de esta enfermedad por familiares de primer grado de los niños. Este riesgo sería mayor que para la depresión de los adultos. No obstante, la prudencia hace necesario confirmar estos primeros resultados. Los recientes descubrimientos de genes relacionados con la vulnerabilidad al trastorno depresivo<sup>37</sup> pueden ser prometedores para el futuro conocimiento de los factores hereditarios de las depresiones.

#### *Electroencefalograma de sueño*

Los marcadores polisomnográficos disponibles en el caso de la depresión de los adultos han podido extrapolarse a los niños. De otra parte, los datos polisomnográficos obtenidos en estudios de niños y de adolescentes tampoco resultan concordantes. Puig-Antich (1986) ya había señalado que el periodo de latencia REM se alteraba en la adolescencia tardía.

En la actualidad se acepta que la edad ejerce una influencia manifiesta sobre el electroencefalograma del sueño. Por otra parte, el hecho de haber encontrado un acortamiento de la latencia REM en niños que se habían recuperado de una depresión hizo que se señalara este dato como un posible indicador de rasgo de la depresión infantil<sup>47</sup>. De confirmarse el hallazgo, éste sería un marcador de episodios pasados, sensible a la edad.

En este momento, los datos aportados por diferentes autores no son, sin embargo, concordantes. Unos informan haber obtenido resultados parecidos a los de los

adultos en lo relativo a la disminución de la latencia REM<sup>13</sup>, mientras otros no encuentran anomalías en los niños<sup>18</sup>.

### Epidemiología

Coincidiendo con el progreso de la investigación de la depresión infantil, en la década de los ochenta han empezado a publicarse trabajos epidemiológicos sobre este tema.

La prevalencia de la depresión mayor ha sido bastante estudiada en poblaciones clínicas. Kazdin y cols.<sup>28</sup> encontraron una frecuencia del 15% y Kashani y cols.<sup>23</sup> del 13%, en una población de edad escolar.

Los estudios en poblaciones no psiquiátricas han sido mucho más escasos. Recientemente, se ha presentado una excelente revisión crítica de los estudios epidemiológicos de la depresión infantil<sup>14</sup> en población normal.

Estos autores, considerando sólo los trabajos realizados con una metodología correcta, señalan únicamente cuatro estudios referidos a niños por debajo de los 12 años, seis en adolescentes y cuatro más que abarcan niños y adolescentes. La ausencia de una metodología uniforme origina algunas discrepancias, por lo que sería todavía prematuro dar por definitivas las tasas de frecuencia encontradas en la depresión en la infancia. Fleming y Offord afirman, sin embargo, que la prevalencia de la depresión mayor es inferior al 3% en niños con edades por debajo de la pubertad y que aumenta en la población adolescente.

A estos trabajos debemos añadir las aportaciones españolas. En España hemos encontrado una prevalencia de depresión mayor del 1,8% a la edad de 8 a 11 años en niños escolarizados<sup>42</sup> y de un 2,8% en mujeres y 0,9% en varones a la edad de 12 años<sup>2</sup>. Tres de los estudios señalados por Fleming y uno de los realizados en España son longitudinales. Todos ellos apuntan hacia una continuidad de la patología depresiva. Sin embargo, una vez más sería prematuro dar estas cifras como definitivas, puesto que en varias de estas investigaciones, una parte importante de la muestra abandonó el estudio antes de poder concluir el seguimiento.

Un aspecto importante en epidemiología es el conocimiento de los factores que influyen sobre la distribución de una patología, es decir, de los factores de riesgo relacionados con la presentación de la enfermedad. En la revisión hecha por Fleming y Offord<sup>14</sup> se han encontrado cuatro factores que parecen estar significativamente asociados con la depresión infantil: la edad, las disfunciones familiares, la baja autoestima y los acontecimientos vitales estresantes.

El incremento de la depresión con la edad es un hecho conocido en el que coinciden todos los investigadores. La prevalencia de la depresión en los escasos estudios realizados hasta este momento en la etapa preescolar es inferior al 1%<sup>25</sup>. Este mismo autor encontró la tasa del 1,8% en la etapa escolar (1983) y del 4,7% en la

adolescencia (1987). En esta última investigación la prevalencia del trastorno distímico resultó ser del 3,3%<sup>26</sup>.

Por otra parte, tiene interés señalar que no ha quedado establecida definitivamente la prevalencia, según el sexo, en la adolescencia. Antes de la pubertad no parece que existan diferencias de distribución según el sexo. Después de la pubertad varios autores han encontrado una tasa de prevalencia más alta en las mujeres<sup>52,26,2</sup>. Sin embargo, los resultados obtenidos en adolescentes no son concordantes. Además, puesto que en el adulto la depresión es más frecuente en las mujeres, cabe preguntarse en qué momento varía la prevalencia según el sexo y si los factores que provocan esta diferencia son primordialmente biológicos o psicosociales.

### Comorbilidad de la depresión infantil

Los trabajos epidemiológicos han permitido conocer mejor el solapamiento de la depresión con otras patologías.

La patología que se asocia con más frecuencia a la depresión infantil es la ansiedad. La relación entre la depresión y la ansiedad es un tema que preocupa, desde hace bastante tiempo, a los psiquiatras. El problema de si se trata de dos entidades distintas o de si existe un *continuum*, entre una y otra y qué tipo de conexión hay entre ellas, está todavía por esclarecer<sup>54</sup>. Esta relación, en el caso de los niños, es todavía mucho menos clara que en los adultos.

Se ha señalado que entre un 40 y un 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos también podrían diagnosticarse como pacientes que sufren algún tipo de trastorno de ansiedad<sup>59</sup>. En un estudio longitudinal de comorbilidad<sup>30</sup> en una muestra de 104 niños con episodio depresivo, se encontró que 43 (el 41%) presentaban al mismo tiempo un trastorno de ansiedad, siendo el subtipo más frecuente el de la ansiedad de separación, seguido del trastorno de ansiedad generalizada.

Este último estudio es muy interesante porque tiene en cuenta algunas variables demográficas, así como la cronicidad de los trastornos depresivos y ansiosos. Así, por ejemplo, los niños deprimidos con trastorno de ansiedad comenzaron a padecer de depresión a una edad más temprana que el resto del grupo de niños deprimidos. Por otra parte, en los dos tercios de los casos de comorbilidad, el trastorno de ansiedad se inició con anterioridad al cuadro depresivo. En el tercio restante los dos trastornos empezaron al mismo tiempo o, en algunos, la ansiedad apareció más tarde. Cuando remite la depresión, la ansiedad puede persistir todavía algún tiempo. Sin embargo, parece ser que la comorbilidad ansiedad-depresión no afecta a la duración del trastorno depresivo<sup>34</sup>.

Resulta cada vez más evidente, no obstante, que los niños pueden presentar trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, independientemente. También se ha sugerido la posibilidad de un subgrupo distinto ansioso-depresivo<sup>54</sup>.

Recordemos aquí que años atrás ya se había propuesto una categoría denominada «depresión fóbica» para designar algunas formas clínicas en las que coexistían la ansiedad y la depresión<sup>15</sup>.

Los trastornos de conducta constituyen otro tipo de patología que puede coexistir con la depresión infantil. En 1982, Puig-Antich comunicó que una tercera parte de una muestra de niños que reunían los criterios diagnósticos de depresión infantil también satisfacían los criterios para los trastornos de conducta; se trataba, según él, de enfermos deprimidos, cuyo comportamiento mejoraba con la administración de fármacos antidepresivos<sup>46</sup>. Otros autores<sup>32</sup> opinaban todo lo contrario y sostenían que la alteración comportamental es anterior a la depresión. Recientemente se ha encontrado un índice de comorbilidad del 21% en un grupo de 63 niños y adolescentes deprimidos<sup>19</sup>.

También se ha informado, en algún estudio, de la existencia de una comorbilidad de la depresión infantil con los trastornos por déficit de atención<sup>35</sup> y con la drogadicción<sup>8</sup>. Del mismo modo, se han señalado asociaciones de la depresión con trastornos alimentarios<sup>56</sup> y con trastornos de la personalidad. Este último aspecto ha despertado mucho interés y ha sido motivo de algunas publicaciones<sup>57</sup>.

Finalmente, queremos señalar que tanto Fleming como Kashani encontraron que existía cierta relación entre el incremento de comorbilidad y la severidad del cuadro depresivo.

#### *Aportaciones de la psicopatología del desarrollo al conocimiento de las depresiones infantiles*

El modelo de la psicopatología del desarrollo es una nueva forma de análisis de la psicopatología infantil que tiene muy en cuenta la evolución del niño y que, esquemáticamente, tiene las tres formas siguientes de enfocar los trastornos psicopatológicos:

1. Las características del organismo en plena evolución mediatizan el desarrollo de las patologías y las formas de expresión de las mismas.

2. El desarrollo de la psicopatología interfiere y obstaculiza la evolución normal y progresiva de las aptitudes del sujeto.

3. Es necesario estudiar la continuidad o la discontinuidad de una alteración psicopatológica a lo largo de la evolución del individuo.

Cuando aplicamos estos conceptos a las depresiones infantiles, llegamos a la conclusión de que las manifestaciones de esta patología no pueden ser las mismas en las distintas etapas evolutivas; que la enfermedad depresiva interfiere la adquisición de las habilidades verbales y sociales que corresponden a una edad determinada y que es necesario estudiar la evolución de la patología depresiva a lo largo de los periodos de desarrollo.

Son muchos los autores que actualmente se inclinan por esta forma de enfocar el estudio de la depresión infantil, reconociendo que hacen falta criterios específi-

cos para clasificar los trastornos afectivos infantiles y así entenderlos mejor.

Garber (1984) aconseja que se identifiquen signos y síntomas, según los distintos niveles del funcionamiento cognitivo, afectivo y social, pero sin dejar de valorar el conjunto sindrómico en cada nivel evolutivo.

Rutter<sup>52</sup> recomienda que se investiguen las variaciones de susceptibilidad al estrés según la edad, lo que podría explicar las diferencias de prevalencia de la depresión en las distintas edades.

Carlson y Garber<sup>3</sup> proponen cambios que reflejen esta perspectiva evolutiva en el proceso diagnóstico de las depresiones infantiles.

Rayn y cols.<sup>53</sup> recomiendan incluir algunos síntomas tales como las quejas somáticas o el retraimiento verbal, no contemplados como fundamentales por el DSM-III-R, para el diagnóstico de las depresiones infantiles.

Por su parte, Verhulst<sup>55</sup> demuestra que la aplicación de los criterios del DSM-III-R a todos los trastornos depresivos infantiles es problemática. Este autor realizó un estudio del síndrome depresivo en una muestra de niños de 6 a 11 años. En su análisis empírico obtuvo nueve ítems que aparecían en los cuadros de depresión; de ellos solamente tres constan entre los criterios del DSM-III-R: el humor disfórico, los sentimientos de culpa y la ideación suicida.

En cambio, otros criterios del DSM-III tales como los trastornos del sueño o la pérdida de peso son poco frecuentes en los niños en la etapa escolar, a pesar de que los encontramos con mucha frecuencia en la clínica de los adolescentes. La opinión de Verhulst al respecto es clara: la aplicación prematura de los criterios de diagnóstico de la depresión adulta a los niños impedirá el progreso del concepto de trastorno depresivo infantil.

Otro aspecto interesante que valora la psicopatología evolutiva es el impacto negativo que tiene la depresión infantil sobre el desarrollo cognitivo, verbal y social. Esta cuestión ha sido bien estudiada por Kovacs y cols.<sup>30,33</sup>. En un estudio anterior ya se indicaba la influencia perturbadora de los trastornos afectivos sobre el aprendizaje observado en niños de cuatro años de edad<sup>36</sup>.

La depresión interfiere la relación del niño con sus compañeros, dificultando que se relacione socialmente y que haga amistades. También provoca fracasos académicos y puede dejar una huella importante en el currículum de aquel sujeto, generando otras muchas posibles repercusiones a largo plazo.

Un tercer punto que la psicopatología evolutiva ayuda a valorar es la persistencia de la enfermedad depresiva, tal y como se está empezando a comprobar en los estudios longitudinales. En un seguimiento de niñas púberes de la ciudad de Reus, un 20% de las diagnosticadas de depresión mayor a los once años persistía con el mismo diagnóstico a la edad de trece años<sup>2</sup>. La enfermedad depresiva no es siempre una patología benigna o pasajera. El cuadro agudo puede remitir y reaparecer más adelan-

te o persistir. Es importante poder intervenir cuanto antes. Para lograr este objetivo la labor del pediatra es fundamental. Es él quien hace el seguimiento de los niños y tiene la posibilidad de detectar precozmente una depresión infantil.

La existencia de la depresión en la infancia es un hecho bastante conocido. La persistencia de la depresión infantil y su posible continuidad, incluso hasta la vida adulta, es un dato que se está empezando a conocer. A pesar de que todavía no se ha demostrado que la depresión infantil tenga una continuidad y unas consecuencias negativas a largo plazo, debemos remediar cuanto antes esta situación para evitar sus posibles efectos negativos sobre el futuro vital del individuo. Por ello insistimos en la importancia de la detección precoz y del tratamiento temprano y, como psiquiatras, solicitamos la imprescindible colaboración de los pediatras para la apremiante solución de este grave y frecuente problema clínico.

### Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R (3rd ed. rev.) Washington: APA, 1987.
2. J Canals, C Marti-Henneberg, J Fernández-Ballart, E Domenech. A longitudinal study of depression in a Spanish pubertal sample (en prensa), 1991.
3. GA Carlson, J Garber. Developmental issues in the classification of depression in children. En Rutter, M. Izard, C.E. y Read, P.B. (eds.): Depression in Young People. New York, Guilford press, 1986.
4. A Cavallo, KG Holt, MS Hegazi, GE Richards, WJ Meyer. Melatonin circadian rhythm in childhood depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987; 26: 395-399.
5. W Chamber, J Puig-Antich, P Hirsch, P Ambrosini, M Tabrizi, M Davies. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interviews. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 696-702.
6. A Costello. A report on the NIMH. Diagnostic Interview Schedule for children (DISC). Paper presented at the Research Forum: Structured Diagnostic. Instruments in Child Psychiatry. San Francisco. California, 1983.
7. L Cytrin, DH McKnew, M Logue y cols. Biochemical correlates of affective disorders in children. *Archives of General Psychiatry* 1984; 31: 659-661.
8. L De Milio. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1212-1214.
9. E Domènech, P Monreal, L Ezpeleta. Escala de depresión infantil para maestros: ESDM. Manuscrito no publicado Universidad Autónoma de Barcelona. Unidad de Psicopatología Infantil, Bellaterra, 1985.
10. E Domènech, A Polaino-Lorente, J Canals. *Escala de depresión infantil para padres*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona. Unidad de Psicopatología Infantil, Bellaterra, 1990.
11. E Domènech, A Polaino-Lorente. Epidemiología de la depresión infantil. Ed. Espaxs. Barcelona, 1990.
12. L Eisenberg. When is a case a case? En M. Rutter, C.E. Izard y P.B. Read (eds): Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives New York. Guilford, 1986.
13. GJ Emslie, HP Roffwarg, AJ Rush, WA Weinberg, L Parkin-Feigenbaum. Sleep EEG findings in depressed children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 668-670.
14. JE Fleing, DR Offord. Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 1990; 4: 571-580.

15. EA Frommer. Depressive illness in childhood. *British Journal of Psychiatry* 1968; 2: 117-136.
16. J Garber. The developmental progression of depression in female children. En Cicchetti, D, Schneider-Rosen, K. (eds.) *Childhood Depression n. 26*. San Francisco. Jossey-Bass, 1984.
17. MR García, ND Ryan, H Rabinovitch y cols. Thyroid Stimulating Hormone. Response to Thyrotropin in Prepubertal Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991; 30: 398-406.
18. RR Goltz, J Puig-Antich, N Ryan y cols. Electroencephalographic sleep of adolescents with major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44, 61-68.
19. R Harrington, H Fudge, M Rutter, A Pickles, J Hill. Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression II. Links with Antisocial Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991; 30, 3: 434-439.
20. S Harter, M Nowakowski. Manual for the Dimension of Depression Profile for Children and Adolescents: Current Status and Future Directions. *Journal of the Child and Adolescent Psychiatry* 1987; 26: 621-630.
21. B Herjanic, M Herjanic, F Brown, T Wheat. Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1975; 3: 41-48.
22. K Hodges, M McKnew, L Cyryn, L Stern, J Kline. The Child Assessment Schedule (CAS) Diagnostic Interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982; 21: 468-473.
23. JH Kashani, DP Cantwell, WO ShekiM y cols. Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 671-672.
24. JH Kashani, RO McGee, SE Clarkson y cols. Depression in a sample of 9-year old children. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 1217-1223.
25. JH Kashani, WR Holcomb, H Orvaschel. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 1138-1143.
26. JH Kashani, GA Carlson, NC Beck y cols. Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 931-933.
27. JH Kashani, DD Sherman. Mood Disorders in children and adolescents. En Tasman, A., Hales, R. y Frances, A. (eds): *Review of Psychiatry*, 18. Washington, Am Psychiatry Press 1989; 197-216.
28. AE Kazdin, NB French, AS Unis y cols. Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Child Psychiatry* 1983; 22: 157-164.
29. M Kovacs. The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bulletin* 1985; 21: 991-994.
30. M Kovacs. Affective Disorders in Children and Adolescents. *American Psychologist* 1989; 209-215.
31. M Kovacs, AT Beck. An empirical-clinical approach toward definition of childhood depression. En Schultebrandt, J.G. y Raskin A. (Eds): *Depression in Childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. Raven press, 1977.
32. M Kovacs, TL Feinberg, M Crouse-Novak y cols. Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 643-649.
33. M Kovacs, C Gatsonis, J Marsch, C Richards. Intellectual and cognitive development in childhood-onset depressive disorders. A longitudinal study. Manuscript submitted for publication, 1988.
34. M Kovacs, C Gatsonis, S Paulauskas, C Richards. Depressive Disorders in Childhood IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry* 1984; 46: 776-782.
35. SP Kutcher, P Marton, M Korenblum. Relationship between psychiatry illness and conduct disorder in adolescent. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34: 526-529.
36. JC Masters, RC Barden, ME Ford. Affective states expressed in behavior and learning children. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37: 380-390.



37. RM Palmour. Genetic counselling for affective disease. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 1989; 14: 323-327.
38. TA Petti. Bellevue Index of Depression. University of Pittsburgh, 1978.
39. A Polaino-Lorente, A de Pablo Jiménez. La observación comportamental en la evaluación de la depresión: una revisión. *Anales de Psiquiatría* 1987a; 3,2: 54-60.
40. A Polaino-Lorente, A de Pablo Jiménez. La observación conductual de la depresión como indicador del progreso terapéutico: Un estudio longitudinal. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, XVIII, 1987b; 1: 35-46.
41. A Polaino-Lorente. Las depresiones infantiles. Madrid. Morata, 1988.
42. A Polaino-Lorente, E Doménech Llaberia. La depresión en los niños españoles de cuarto de EGB. Barcelona: Geigy, 1988.
43. A Polaino-Lorente. «Tratamiento de la depresión», en VV.AA.: *No te rindas ante la depresión*. Ed. Rialp. Madrid, 1989.
44. EO Poznanski, LN Freeman, HB Mokros. Children's Depression Rating Scale-Revised (September, 1984). *Psychopharmacology Bulletin* 1985; 21: 979-989.
45. J Puig-Antich. Affective Disorders in Childhood. *Psychiatric Clinics of North America* 1980; 3: 403-424.
46. J Puig-Antich. Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982; 21: 118-128.
47. J Puig-Antich. Biological factors in prepubertal major depression. *Psychiatric Annals* 1985; 15: 390-397.
48. J Puig-Antich. Psychobiological Markers: Effects of Age and Puberty. En Rutter, M., Izard, C. e y Read, P.B. (eds.). *Depression in Young People: Developmental and clinical perspectives*. London. The Guilford Press, 1986.
49. J Puig-Antich, W Chambers. The Schedule for affective disorders and shizofrenia for school-age children (Kiddie-Sads). New York State Psychiatric Institute, 1978.
50. J Puig-Antich, H Novacenko, M Davies y cols. Growth hormone secretion in prepubertal major depressive children III. Response to insuline induced hypoglucemia after recovery from a depressive episode and in a drug-free state. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 471-475.
51. N Roberts, B Vargo, HB Ferguson. Measurement of Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12,4: 837-860.
52. M Rutter. Depressive feelings, cognitions and disorders: a Research postscript. En Rutter, M., Izard, C.E. y Read, P.B. *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. London. Guilford Press, 1986a.
53. ND Ryan, J Puig-Antich, P Ambrosini y cols. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 854-861.
54. MD Stavrakaki, J Ellis. The relationship of Anxiety to Depression in Children and Adolescents. *En Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12,4: 777-789.
55. FC Verhulst. Childhood Depression: Problems of Definition. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1989; 26, n. 1-2: 3-11.
56. FD Vicenzo, N Roberts, L Oke. Eating and Mood Disorders in Young People. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12,4: 873-893.
57. D von Zerssen. Personality and effective disorders. En Paykel, E. (ed.): *Handbook of Affective Disorders*. New York. Guilford Press, 1982.
58. RA Welner, EB Welner, MA Fristad, ML Cantwell, SH Preskorn. A comparison of the cortisol suppression index and the desamethasone suppression test in prepubertal children. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 11.
59. MM Weissman, JF Lekman, KR Merikangas, GD Gammon, BA Prusoff. Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 845-852.
60. RD Wirt, D Lachar, J Klinedients, PD Seat. Multidimensional description of child personality: A anual for the personality inv... for children. Western Psychological Services, 1977.
61. World Health Organization. Tenth Revision of the International Classification of Diseases, draft of Chapter V: Mental and Behavioral Disorders. Geneva: WHO, 1988.

E. Doménech  
 Departamento de Psicología de la Salud  
 Edificio B  
 Universidad Autónoma de Barcelona  
 08193 Bellaterra  
 Barcelona