

DEPRESIÓN Y PROBLEMAS EN LAS RELACIONES ENTRE IGUALES

La depresión en el niño y en el adolescente

El interés en este síndrome ha ido claramente en aumento. En el uso diario, por el término depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad; esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de depresión. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas y síntomas somáticos.

PREVALENCIA: los índices de prevalencia de la depresión mayor oscilan entre el 2 y el 5 por ciento. Normalmente no suele hallarse ninguna diferencia de género en niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años y, entre los adolescentes, la depresión es mucho más frecuente en las chicas. La prevalencia de la depresión es mayor entre los adolescentes que en los niños más pequeños.

DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN: A distintos grupos de niños y adolescentes puede calificárseles, o no, de depresivos según los métodos empleados y las conclusiones relativas a los correlatos de la depresión pueden estar influidas por el criterio y por el informante que se emplee.

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN: Se ha sugerido que es importante distinguir entre el fenómeno (o síntoma) de depresión y el síndrome (trastorno) denominado depresión. Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo. Como síndrome, se entiende como un grupo de atributos que se dan predominantemente en forma conjunta como el estado de ánimo negativo y problemas somáticos, cognitivos y de conducta. Para hablar de trastorno, es necesario saber más del problema que la situación actual.

Desde la perspectiva psicoanalítica se consideró la depresión como el castigo del superyó sobre el yo. Otra perspectiva sostenía que existe un trastorno depresivo en el niño, pero se ve enmascarado por otros problemas (equivalentes depresivos) tales como la hiperactividad o la delincuencia, haciendo que la depresión subyacente no se manifieste de modo directo.

La perspectiva evolutiva recalca el valor de los datos normativos y de las posibles repercusiones de un punto de vista evolutivo. La depresión en la niñez puede no existir como una entidad clínica diferenciada de los fenómenos corrientes y transitorios del desarrollo; puede haber una o dos conductas "depresivas" en un niño que podrían considerarse típicas de el estadio evolutivo en que se encuentra.

Existe un amplio abanico de conceptualizaciones, desde las que cuestionan la existencia de un trastorno diferenciado en la niñez, hasta las que conciben la depresión en la niñez en los mismos términos que la depresión de los adultos. El punto de vista más difundido es este último, representado por los criterios DSM, que describen dentro de los estados de ánimo a la manía y que está apoyado por un gran número de investigaciones.

Así pues, en general, debemos ser precavidos para no cerrar prematuramente nuestra conceptualización de la depresión en la niñez y la adolescencia. Todavía es necesario obtener mucha información sobre el desarrollo, y la información existente requiere una mayor explicación.

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN: La evaluación puede englobar una serie de estrategias y medir un amplio espectro de atributos. Asimismo, es muy frecuente realizar una entrevista clínica general y utilizar una escala dimensional general como la *Child Behavior Checklist*.

Entre las medidas de depresión que se han elaborado, los instrumentos de autoinforme son los más habituales; éstos revisten una importancia especial, dado que muchos de los problemas clave que caracterizan a la depresión, tales como la tristeza o los sentimientos de falta de valía, son subjetivos. El *Children's Depression Inventory* (CDI) probablemente sea la medida de este tipo más utilizada y se deriva del inventario de Beck, para los adultos.

De la misma forma, algunos instrumentos de autoinforme se reformulan para que los puedan contestar otras personas importantes para el niño, como los padres. Sin embargo, la correlación entre éstas aplicaciones y los autoinformes son bajas.

Por otro lado, se han elaborado instrumentos de medida de constructos relacionados con la depresión, como la desesperanza y la autoestima, que son de gran ayuda para fines clínicos y de investigación.

Influencias en la evolución de la depresión

INFLUENCIAS BIOLÓGICAS

- a. **Influencias genéticas.** El hallazgo que los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer este trastorno, de que un aumento de la depresión en los miembros de la familia está relacionado con el inicio de la misma antes de los veinte años y de que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, es coherente con la existencia de una influencia genética en la depresión del niño y del adolescente.

Sin embargo, los estudios de familias no descartan que tales fenómenos no se vean influidos por el entorno. De hecho, Rende y colaboradores sugirieron que la

influencia genética opera sobre factores de personalidad y del temperamento tales como la emocionalidad y la sociabilidad, que afectan a toda la gama de la sintomatología depresiva y, al mismo tiempo, la expresión de esta sintomatología en forma extrema puede ser resultado de las experiencias ambientales compartidas por los hermanos de la misma familia.

- b. Bioquímica de la depresión. En adultos se ha recalcado el papel de neurotransmisores tales como la norepinefrina, serotonina y acetilcolina. Además se piensa que el sistema neuroendocrino, que incluye el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas adrenales y tiroideas, desempeñan un papel importante en la depresión.

Sin embargo, se sabe que el sistema neuroregulatorio de la primera niñez y la adolescencia no es equivalente, por lo que una simple extrapolación de los hallazgos adultos no es suficiente. De un modo general, las diferencias encontradas entre los indicadores biológicos de la depresión podrían indicar que el trastorno del niño y del adulto son diferentes; otra conclusión puede ser que estos indicadores biológicos representan diferencias relacionadas con la edad dentro del mismo trastorno.

INFLUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS

- a. Pérdida por separación. Las explicaciones psiconanalíticas sobre la depresión a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto (real o simbólica). Algunos autores hacen hincapié en la pérdida de la autoestima y en los sentimientos de desesperanza que se producen por esta pérdida, restando importancia a la conducta de agresión que se vuelve hacia el propio yo. Desde otro punto de vista, la pérdida podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño

El punto de vista actual es que la pérdida precoz no es en sí, ni por sí misma, patógena. El vínculo entre dicha pérdida y una depresión posterior no es directo. Mas bien, se cree que tal pérdida, así como otros sucesos, puede desencadenar toda una serie de circunstancias adversas tales como falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente.

- b. Perspectivas conductual - cognitiva. Influencias tales como las habilidades interpersonales, las distorsiones cognitivas, las opiniones sobre uno mismo, las creencias sobre el control, la autorregulación y el estrés constituyen el centro de estas perspectivas.

Se ha sugerido que los individuos deprimidos no estimulan respuestas interpersonales positivas en los demás. El comportamiento social negativo, el retraimiento social y una baja competencia social aparecen relacionados con puntuaciones más elevadas en depresión.

La explicación que da la teoría de la indefensión aprendida indica que algunos individuos, debido a su historia de aprendizaje, llegan a percibirse a sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. Esta indefensión está a su vez asociada con el estado de ánimo y los comportamientos característicos de la depresión. El estilo atribucional (interno - estable - global) se considera como el mediador entre los acontecimientos vitales y la depresión.

Beck supone que la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro. asimismo, no está claro si estas cogniciones desempeñan un papel causal en la depresión en forma de vulnerabilidad subyacente, o si están asociadas a la depresión de algún otro modo, quizá produciéndose al mismo tiempo o siendo consecuencia de la misma.

Otros creen que el déficit en una o más conductas específicas de autocontrol (autovigilancia, autoevaluación y autorreforzamiento) contribuyen al desarrollo de la depresión. De acuerdo con este modelo, los individuos deprimidos se centran selectivamente en acontecimientos negativos en lugar de positivos, y en las consecuencias inmediatas del comportamiento en lugar de las demoradas, establecen criterios de autoevaluación excesivamente severos y se proporcionan a sí mismos muy poco reforzamiento positivo y castigos excesivos.

Repercusiones de la depresión de la madre

Parece claro que la depresión de los padres (madre) es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar depresión en la niñez.

La vulnerabilidad del niño puede estar relacionada con factores que no sean el diagnóstico específico de los padres, sino cualquier otro trastorno. Los niños con padres deprimidos no sólo corren riesgo de sufrir depresión, las consecuencias del estado anímico de los padres parecen manifestarse en una multiplicidad de áreas de funcionamiento del niño como trastornos disociales, TDAH, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro en la competencia social.

Además, haciendo un estudio de seguimiento, se descubrió que los niños cuyos padres no habían mejorado presentaban mayor número de problemas que los niños cuyos padres sí habían mejorado, mostrando ambos grupos un nivel de disfunción significativamente más elevado que el grupo control.

Existe una serie de mecanismos que pueden explicar la relación entre la depresión de los padres y la adaptación del niño. La depresión, tanto en adultos como en los niños y los adolescentes está ligada a ciertas formas de pensar y estilos cognitivos característicos; es posible que los padres con depresión transmitan estos estilos a sus hijos.

La depresión de los padres también puede producir alteraciones en la crianza eficaz del niño y puede hacerles definir como problemáticos comportamientos que otros padres no percibirían. Además de las disputas matrimoniales, las familias en las que uno de los progenitores está deprimido pueden tener que vivir acontecimientos vitales de una gran tensión, que exacerben el episodio depresivo de los padres y contribuya a producir alteraciones de crianza.

Finalmente, la relación entre la depresión del niño y de los padres puede verse desde el punto de vista del apego. La falta de disponibilidad y sensibilidad emocional que pueden estar relacionadas con la depresión son predictores viables de un apego inseguro. En los niños con este tipo de apego se ha observado que los contenidos cognitivos y emocionales de estos modelos de funcionamiento muestran un parecido extraordinario con los patrones cognitivos y emocionales propios de la depresión.

No todos los hijos de padres deprimidos sufren los mismos efectos negativos, además es probable que los efectos de la depresión de los padres varíen en función de la edad y el sexo. Por lo mismo, el aporte de cada una de las influencias familiares debería considerarse dentro del contexto de un modelo causal multifactorial.

El suicidio en la infancia y en la adolescencia

El índice de suicidios consumados es relativamente bajo entre los niños y adolescentes si se compara con el de los adultos. No obstante, la prevalencia de suicidios consumados está aumentando; además la conducta suicida no sólo incluye los suicidios consumados, sino también los intentos de suicidio y la ideación suicida.

Se ha hallado que constructos, como la desesperanza, relacionados con la depresión pueden predecir la conducta suicida.

Aunque la depresión sea un factor de riesgo importante, la presencia de un trastorno de depresión no es necesaria ni suficiente para que se produzcan conductas suicidas. Sin embargo, los niños y adolescentes son especialmente vulnerables debido a que sus habilidades para resolver problemas, sus habilidades de autorregulación y su capacidad para afrontar situaciones de tensión pueden estar limitadas.

Tratamiento de la depresión

Los tratamientos que se han probado con niños deprimidos han sido adaptaciones de intervenciones que parecen haber sido eficaces en el tratamiento de adultos.

FARMACOTERAPIA: Los antidepresivos tricíclicos tales como la imipramina, la amitriptilina, la nortriptilina y la desipramina han sido los fármacos más estudiados, aunque

los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina y otros componentes como el brupopión se han utilizado con niños y adolescentes deprimidos.

En la actualidad es difícil saber si estos fármacos, efectivamente son eficaces en los niños y adolescentes y no tienen efectos secundarios de importancia evolutiva.

TRATAMIENTO COGNITIVO - CONDUCTUAL: No hay mucha información consolidada sobre el tratamiento psicológico de la depresión en niños y adolescentes, especialmente con respecto a casos clínicos de depresión. Por otro lado, las intervenciones indicadas para niños se han basado en una extensión adaptada de las intervenciones utilizadas por adultos, lo que no es del todo correcto, puesto que las vidas de los niños y adolescentes deprimidos son distintas de las de los adultos.

Se han aplicado técnicas de representación de papeles, reestructuración cognitiva, autocontrol, resolución de problemas, sin que los resultados sean aún lo suficientemente categóricos, a excepción de un "curso de afrontamiento de la depresión para adolescentes" desarrollado por Lewinsohn y cols.

Los tratamientos eficaces deberían incluir componentes capaces de acometer diferentes aspectos de la depresión y del entorno social y familiar de los niños y adolescentes deprimidos.

ASIGNATURA: Psicología Clínica Infante - Juvenil

DOCENTE: Marcela Maldonado D. & Adriana Massardo B.

PERÍODO: I Semestre de 1999.