

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Por Ian M.Goodyer

(1) SIGNIFICADO Y DIAGNÓSTICO

Cuando hablamos de depresión nos referimos a un cambio en el estado de ánimo que implica un cambio en el humor cotidiano hacia lo peor. No es un estado emocional deseable.

Los estados de ánimo básicos cambian con el desarrollo, así como el nivel y la complejidad de los afectos aumenta en los primeros años de vida Izard et al.(1984,1991). El humor deprimido constituye uno de esos estados cuyas características se van mostrando más evidentes a lo largo del segundo año de vida.

Actualmente se reconocen cuatro formas clínicas de la depresión, según el criterio del DSM-IV (APA 1994) a saber:

1) **Trastorno Depresivo Mayor** (en adelante TDM) el paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas siguientes durante las mismas dos semanas y representar un cambio respecto a su funcionamiento previo, y al menos uno de los síntomas tiene que ser necesariamente (1) o (2):

- 1- Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día (tanto por impresión personal subjetiva como por observación realizada por terceros). En los niños y los adolescentes puede substituirse por irritabilidad.
- 2- Disminución marcada del placer por todas, o casi todas, las actividades diarias la mayor parte del día, la mayoría de los días.
- 3- Pérdida o ganancia significativa de peso sin hacer dieta o disminuir el apetito casi cada día. En los niños se consideran las alteraciones de la curva ponderal.
- 4- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5- Agitación o retardación psicomotriz casi cada día.
- 6- Fatiga o pérdida de la energía vital cada día.
- 7- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada (que puede ser delirante) casi cada día
- 8- Disminución de la capacidad de concentración o de pensamiento, indecisión, casi cada día.
- 9- Pensamientos reiterativos de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico, tentativa de suicidio o plan específico de suicidio.

10-

Los síntomas deben provocar distress emocional importante, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento.

No deben estar originados por los efectos de alguna sustancia o por algún otro diagnóstico médico.

Además, podemos dividir este síndrome en leve, moderado o severo sin alucinaciones y severo con alucinaciones, dependiendo del número de síntomas y del grado de deterioro social asociado.

- 2) **Trastorno depresivo mayor bipolar.** Tiene las mismas características del TDM unipolar (descrito en 1) pero constituye el componente depresivo de una alteración maniaco-depresiva. Es rara entre la gente joven.
- 3) **Distimia.** Se considera aquel estado de ánimo con características clínicas similares a las del TDM pero de menor intensidad, que conlleva menor deterioro. Es un proceso crónico, dura al menos 18 meses.
- 4) **Trastorno depresivo adaptativo.** Se trata de un proceso de inicio rápido que sigue a un acontecimiento observable externamente. Los síntomas pueden ser intensos pero no son suficientes para reunir todas las características requeridas para el diagnóstico del TDM.

Queda todavía mucho por averiguar sobre las condiciones de la depresión. Los estudios clínicos (Kovacs et al.1988, 1989; Dahl et al.1989, Gooyer et al.1991) han demostrado que el TDM se presenta sobretodo en adolescentes y en la mayoría de los casos coexistiendo con otros diagnósticos como ansiedad o alteraciones de la conducta. Casi el 70% de los casos presentan recaídas o recurrencias en los primeros 5 años. Aproximadamente el 40% se asocian a hipersecreción de cortisol durante el episodio.

(2) MEDIDAS EN LA COMUNIDAD

2.1) Cuestionarios

Hasta el momento se habían usado varios tipos de escalas de puntuación para identificar el trastorno depresivo, pero tenían muchos inconvenientes, no disponían de una fiabilidad, estabilidad ni especificidad adecuadas, no se correspondían con los criterios de diagnóstico estandarizados y no reunían las propiedades psicométricas, con lo que los resultados de los estudios eran poco plausibles.

El cuestionario de Costello y Angold (1988) MFQ (Mood and Feeling Questionnaire, que es un cuestionario para la depresión autocontestado podría usarse como un detector de casos en para aquellos sujetos que reúnan los criterios del DSM-III-R para el TDM.

Otra opción sería mejorar los llamados cuestionarios de banda estrecha añadiendo otros cuestionarios focales validados de forma similar sobre síntomas de ansiedad, comportamiento y obsesiones. Los cuestionarios que se validaran de esta manera podrían añadir una considerable flexibilidad a las medidas actuales.

2.2) Entrevistas

Las entrevistas estructuradas o semiestructuradas incorporan las características necesarias para la detección y descripción de los síntomas,(p.e el grado de intensidad y deterioro).

Las entrevistas se construyen para permitir llegar a diagnósticos mediante algoritmos diagnósticos. Los entrevistadores no deducen si un diagnóstico está presente, recogen la presencia de los síntomas que serán los que subsecuentemente nos harán llegar al diagnóstico.

Problemas de las entrevistas:

- a) Hay diferencias importantes en el método y procedimiento que se sigue para identificar y registrar los distintos síntomas hasta llegar al diagnóstico en las diferentes entrevistas.
- b) Son más caras y requieren más tiempo.

Según Barret et al.(1991) las entrevistas personales son el método de elección para que emerjan los signos válidos sobre los estados mentales internalizantes. Las entrevistas a los padres añaden información pero no deben usarse como criterio para la existencia o no de los síntomas depresivos.

El procedimiento de la entrevista a los adolescentes es muy importante. Necesitan que se les anime para que revelen pensamientos y estados emocionales, y para minimizar las respuestas socialmente deseables. Cooper y Goodyer (1993) han demostrado que para reunir los criterios del DSM-III-R el DISC debía ser sustancialmente modificado.

Probablemente el uso combinado de los cuestionarios y las entrevistas usando los mismos ítems, y con una validez convergente permitiría mejorar los resultados de los estudios con cohortes grandes y un diseño de tipo longitudinal.

Con ambas herramientas (cuestionarios y entrevistas) se llega a diagnósticos clasificables por el DSM o el CIE, pero no son comparables en el método (forma) de medida, por lo que las variaciones que se detectan entre estudios pueden ser consecuencia del método más que de variaciones en la alteración.

Actualmente no existe un método con base empírica que permita hacer diagnósticos de depresión.

La elección del método de medida debería basarse idealmente en el que fuera más válido.

(3) PREVALENCIA

Se han publicado 12 estudios sobre el TDM en la gente joven. Las estimaciones que se han encontrado oscilan entre el 1.8% y el 8.9%. Según Angold (Angold y Costello 1994) la mayoría de estos estudios estiman prevalencias por debajo del 5%, él considera razonable tomar como tasa global del **TDM** en los pacientes de 8 a 16 años **entre el 2% y el 5%**.

En los tres estudios que valoran la **Distimia** la tasa de varía del **1.5% al 6.8%** (Polaino-Lorente y Domenech 1993).

La tasa de prevalencia vital sólo se refleja en un estudio (Whitaker et al. 1990) y la sitúa en el **4%** para el **TDM** y en el **4.4%** para la **Distimia**.

Seguramente las tasas reales son mayores que las arriba descritas. Son preocupantes las tasas tanto para TDM como para distimia vistos los altos índices de recaída del TDM, el aumento de riesgo de recaída para los que presentan distimia y la continuidad con los trastornos depresivos en la edad adulta.

(4) INFLUENCIAS DEL DESARROLLO

En los estudios de Rutter (1986) ya se apreció que las tasas de síntomas y síndrome depresivo eran mayores en los adolescentes que en los niños; y mayores en chicas que en chicos. Esto sugería que determinadas características del desarrollo influían en las tasas de la depresión:

- a) Hay un efecto de la edad importante en el aumento tanto de la depresión clínica como de los sentimientos depresivos con un aumento importante entre los 11 y los 15 años.
- b) El inicio de la alteración aumenta en el periodo post-puberal temprano en las chicas.
- c) Existe una marcada continuidad entre el incremento de los síntomas de tristeza en los pacientes normales y el aumento de la depresión clínica entre los adolescentes, que está aún por esclarecer.
- d) La edad se comporta como una variable ambigua. Se comporta como un marcador para algunos rasgos del desarrollo infantil. Señalar las tendencias que marca la edad en estas alteraciones es sólo un primer paso en el conocimiento de los mecanismos y procesos de la alteración. El motivo por el que la depresión aumenta en la adolescencia puede deberse tanto al cambio en las experiencias sociales, en la auto-percepción, a los cambios hormonales (y no sólo de las hormonas sexuales) o las alteraciones en el tamaño y función de las estructuras cerebrales o la combinación de todas ellas. Hay muchos estudios que dividen a los sujetos en dos grupos, por encima y por debajo de los 12 años presuponiendo que los menores de 12 años son más inmaduros. Ninguno de estos estudios se acompaña de estudios hormonales o de madurez física. No hay criterios establecidos que definan esta madurez.

4.1) Estudios basados en entrevistas clínicas

Los estudios de Kashani et al (1987) y McGee et al. (1990) apuntaban que existía un exceso de chicas deprimidas en la adolescencia. Se apreciaba una importante alteración de la relación chico/chica para el TDM entre los 13 y los 15 años. Antes de los 13 años la relación era 5:1 con predominio masculino y después de los 15 era de 3:1 con predominio femenino. No se encontraron diferencias significativas entre chicos y chicas por debajo de los 12 años.

En el estudio de Polaino –Lorente y Domenech (1993) en niños españoles entre 8 y 11 años las tasas eran iguales para niños y niñas, aunque se sugería que la Distimia era más común en las chicas.

Hay que estudiar mejor la Distimia en la infancia pero podemos encontrar pistas para las diferencias encontradas en el TDM en la adolescencia. Quizás la Distimia infantil pueda ser el precursor mórbido del TDM en la adolescencia especialmente en chicas.

McGee y Williams (1988) sugieren que el trastorno depresivo durante la infancia aumenta el riesgo de depresión en los mismos sujetos durante la adolescencia. Estos hallazgos también sugieren que los altos niveles de síntomas depresivos durante la infancia entre los chicos, que no en las chicas, aumentan el riesgo de comportamientos antisociales en la adolescencia.

En los estudios longitudinales, es muy importante evaluar simultáneamente los síntomas no depresivos pero sí comórbidos, para poder determinar la prioridad de los diferentes perfiles psicopatológicos a lo largo del tiempo.

4.2) Estudios basados en cuestionarios

Estos estudios apoyan los hallazgos de los estudios basados en estudios clínicos, así como la opinión de que los síntomas depresivos van en aumento en las chicas desde la infancia hasta la adolescencia. Se percibe, sin embargo, que la diferencia entre sexos podría explicarse (justificarse) por las alteraciones leves que son mucho más prevalentes en las chicas.

Tanto las chicas como los chicos parece que presentan tasas de prevalencia de trastornos depresivos clínicamente equivalentes.

4.3) Patrones de los síntomas depresivos

Hay una característica común en los estudios: el aumento de la depresión en la adolescencia temprana. Este patrón sugiere el papel de la edad como mediador en la organización de las características de la psicopatología.

Goodyer y Cooper (1993) sugieren que entre los 11 y los 16 años los patrones de síntomas depresivos para el TDM varían con la edad. Disminuyen con la edad: los síntomas de ansiedad somática, desesperanza, culpa y pensamientos obsesivos. Por el contrario, aumentan su frecuencia con la edad: la anhedonia, la pérdida de peso, los actos suicidas y el comportamiento opositor en la escuela. Aún no está claro si estos cambios se deben a la consecuencia de las características sociales, psicológicas o fisiológicas.

(5) CO-MORBILIDAD

Al hablar de comorbilidad nos referimos a la presencia de dos condiciones juntas con mayor frecuencia de la que las esperaríamos por separado.

Según Goodyer y Cooper (1993) en los últimos estudios epidemiológicos sobre la depresión infantil la **comorbilidad** se presenta en el **40%** de los casos. En el mismo

estudio se vio que en la población general los individuos deprimidos referían entre una y cuatro alteraciones comórbidas siendo la media de dos.

Las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia acompañando a la depresión son los trastornos de ansiedad de uno u otro tipo, las alteraciones obsesivo-compulsivas y las alteraciones de la conducta que aparecen con mayor frecuencia en chicas deprimidas de lo que se creía anteriormente.

La comorbilidad pone en relieve las dificultades de clasificación y nosología actuales de la psicopatología. Las condiciones necesarias y suficientes para identificar la depresión no están claras. No existen definiciones de base empírica para la depresión infantil a pesar del consenso alcanzado con los sistemas de clasificación actual DSM-IV o CIE-10. Las nosologías actuales no siempre generan las mismas normas para determinar la presencia o ausencia de una alteración. Según un estudio de Angold y Costello (1994) en una misma muestra si se aplicaban los criterios del DSM-IV el 58% tenían como trastorno comórbido de la depresión el trastorno de conducta, mientras que si se aplicaba el CIE-10 la cifra disminuía hasta el 19%.

Para poder establecer la existencia de comorbilidad deberían existir definiciones válidas y fiables de los procesos aislados, sino la comorbilidad se convierte en una forma falta de sentido crítico y potencialmente engañosa de clasificación en psicopatología.

Una de las mayores dificultades estriba en la falta de marcadores externos. Ni los factores sociales, ni los fisiológicos aislados o en combinación han demostrado tener éxito en la discriminación entre las distintas formas de una alteración.

No está claro si es más apropiado el uso de cuestionarios o las entrevistas para detectar los síntomas. Quizás el uso combinado de ambos sería lo más adecuado.

Una posible estrategia de investigación futura será determinar si existen diferencias entre los distintos resultados de la depresión con y sin formas comórbidas asociadas.

(6) FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN

La descripción de los factores de riesgo es el primer paso para poder establecer los mecanismos causales y el proceso de desarrollo de la enfermedad y determinar cual es su capacidad para perpetuar un estado patológico.

Los estudios epidemiológicos, entre ellos los de Rutter (1990), han puesto en evidencia que la desarmonía familiar, las dificultades en el aprendizaje infantil, las alteraciones psiquiátricas de los padres, el bajo nivel socioeconómico, el bajo rendimiento escolar y la enfermedad física de los padres, todos ellos son factores de riesgo que suelen actuar combinados más que de forma aislada.

El estudio de Esser et al. (1990) sobre factores de riesgo demostró:

- a) Que factores de riesgo similares tenían distinto impacto en distintas edades. Es decir, que los distintos factores pueden ejercer un nivel de riesgo diferente a lo largo del tiempo. Hay que analizar tanto los efectos longitudinales como los transversales.
- b) La capacidad que tenían las combinaciones de factores de riesgo para clasificar correctamente a los sujetos sanos más que a los que presentaban alteraciones.
- c) Proporciona ejemplos importantes sobre la continuidad y discontinuidad de los modelos de factores de riesgo en la psicopatología general.
- d) Hay que mejorar la sensibilidad de las medidas de riesgo. Los marcadores generales de adversidad deben substituirse por otras medidas más concretas en esos y en otros dominios potenciales de riesgo.
- e) La medida de la ausencia de factores de riesgo era el mejor predictor de bienestar.

Aunque hay estudios relacionados con los factores de riesgo que han sido importantes para determinar ciertos aspectos del riesgo social para la psicopatología en general, actualmente no hay estudios que se hayan centrado en los patrones de riesgo específicos para las alteraciones depresivas.

6.1) Diferencias entre sexos y edades.

Cualquier investigación sobre la especificidad del riesgo para la depresión debe tener en cuenta las diferencias entre sexos para el TDM en los adolescentes y quizás para la distimia en los niños.

Si las chicas tienen o están expuestas a unos factores de riesgo distintos a los de los chicos está aún por aclarar. Los estudios de Goodyer (1994) en poblaciones clínicas señalan que tanto los chicos como las chicas que sufren alteraciones ansiosas o depresivas están expuestos a los mismos tipos y cantidad de experiencias indeseables. El nivel de medida de las experiencias adversas puede ser demasiado intenso como para detectar diferencias entre los grupos diagnósticos, las edades o el sexo.

Los factores que modulan el impacto de las circunstancias ambientales de riesgo similares pueden ser distintos para chicos y chicas. Estas diferencias pueden provenir tanto de la esfera física como de la psíquica. Se sabe que los cambios físicos influyen en los aspectos psicológicos del desarrollo incluyendo el estado de ánimo. Brooks-Gunn y Warren (1989) y Paikoff y Brooks-Gunn (1991).

Los cambios hormonales pueden tener efectos independientes de del entorno o del aspecto físico en el riesgo de la depresión Buchanan et al. (1992).

6.2) Experiencias no deseables.

Las dificultades y los tipos de acontecimiento que viven chicos y chicas puede ser diferente pero en un dominio que aun está por estudiar. Por ejemplo: los abusos físicos y sexuales son clínicamente más prevalentes en las chicas.

Los acontecimientos indeseables que desembocan en sentimientos de decepción y pérdida, más que los que los que conducen a sensación de peligro para sí mismo, se asocian con mayor frecuencia a la depresión.

Las cualidades específicas de las experiencias vitales, como por ejemplo ver algo positivo en acontecimientos indeseables y la capacidad para empezar de nuevo tras una experiencia negativa pueden mejorar la especificidad de la asociación con la depresión Paykel y Cooper (1992).

6.3) Los padres como factor de riesgo

Aunque en los estudios epidemiológicos de los últimos 30 años se menciona como factor de riesgo para la enfermedad mental infantil la enfermedad psiquiátrica de los padres o de parientes en primer grado (Weissman et al 1984,1987,1988; Rutter y Quinton 1984,1985), la especificidad en el diagnóstico a través de generaciones no es tan impresionante como cabría esperar. En estos estudios se destaca que los padres deprimidos tienen descendencia con problemas de comportamiento y abuso de sustancias con mayor frecuencia que depresión.

De la misma manera, la alteración del funcionamiento familiar o la desarmonía marital, tienen efectos como factor de riesgo en general para la psicopatología pero no para ninguna forma de psicopatología en particular. Quizás la dificultad radica en la capacidad de los elementos de medida usados.