

José Luis de Dios de Vega¹, María García-Onieva Artazcoz²

¹Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Pediatra. Centro de Salud de Entrevías. Área 1. Madrid

RESUMEN

La depresión en la infancia se manifiesta con diferente sintomatología clínica, que está en relación con el desarrollo evolutivo del niño. La prevalencia ha aumentado, llegando a ser del 5% en adolescentes en el caso del trastorno depresivo mayor, con predilección en esta edad por las mujeres. Clínicamente presenta disminución del estado de ánimo, autoconcepto negativo e ideas recurrentes de muerte. La comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos es muy frecuente y su evolución, aunque variable, convierte la depresión en un trastorno importante. El tratamiento es farmacológico y psicoterapéutico.

El suicidio, en la adolescencia, es la vía final de diferentes trastornos del joven, especialmente de la depresión. Muchos factores etiológicos son desencadenantes de la tentativa de suicidio, por lo que el correcto tratamiento de ésta se convierte en una importante arma preventiva. Más frecuente en varones, no así las tentativas que son más frecuentes en mujeres. El tratamiento se divide en: urgente, a medio y a largo plazo, y se dirigirá tanto al joven como a su ambiente familiar y social.

El duelo infantil tiene diferentes manifestaciones según la edad del niño. El manejo adecuado del duelo en los padres es el primer paso para ayudar al niño en su pérdida.

INTRODUCCIÓN

La depresión en la infancia y la adolescencia se manifiesta con una sintomatología que depende del nivel de desarrollo. A menor edad, más diferente es y más la expresan a través del cuerpo.

La depresión, como cualquier otro problema psicopatológico cuando es referido a la infancia y adolescencia, tropieza con una serie de obstáculos que hacen polémicos sus estudios. Estos obstáculos se refieren principalmente al modo diferente de expresar la sintomatología y a su distinto desarrollo; así, hay que tener en cuenta que, a menor edad, el niño tiene menos capacidad para expresar verbalmente lo que siente y más se expresa a través de su cuerpo que, a medida que madura, la sintomatología se hace más parecida a la del adulto, y que las crisis madurativas son momentos de riesgo para sufrir una depresión.

A menor edad, el niño tiene menor desarrollo cognitivo; su cerebro aún no se ha desarrollado completamente, lo que hace que la sintomatología varíe. Para comprenderlo, hay que analizar las características evolutivas del niño desde el punto de vista cognitivo, es decir, intelectual y razonador (Tabla I).

- El niño menor de 3 años está en el período de inteligencia sensorio-motriz, con una conducta puramente refleja a la que va incorporando nuevos estímulos, transformando dichos reflejos en esquemas de acción cada vez más complejos; así, por ejemplo, del reflejo de succión pasa a la búsqueda activa del pecho, y la simple sujeción de un objeto le lleva a la búsqueda de éste.
- Entre los 2 y 3 años entra en la llamada crisis de la terquedad, en la que el niño empieza a adquirir un esbozo de conciencia de sí mismo, comienza a tomar conciencia de su propia individualidad.
- De 3 a 6 años comienza la segunda infancia o etapa preescolar, en la que el niño está asentado en la llamada etapa preoperatoria, ampliándose las adquisiciones logradas en la primera etapa.
- Entre los 6 y 7 años sucede la crisis de la segunda dentición, con un cambio madurativo somático y psíquico.
- De 6-7 a 12-13 años acontece la etapa operatoria de Piaget; la inteligencia se hace operatoria, actuando con esquemas lógicos: hace clasificaciones, seriaciones. Es una etapa estable en sus relaciones, en su afectividad, etc.
- De 12-13 años en adelante entra en la crisis adolescente que, dada su duración cada vez mayor, se ha llamado también fase de la adolescencia. Se caracteriza por la maduración sexual, que se inicia con la pubertad, por la aparición del pensamiento abstracto y asociativo y, desde el punto de vista del desarrollo de la personalidad, está caracterizada por una fase negativa, con inestabilidad, repentinas oscilaciones anímicas, inseguridad e hiperemotividad, seguida de una fase positiva, en la que aparece la identidad del propio yo y de su afectividad de modo adulto.

Epidemiología

La prevalencia de la depresión en la infancia es muy reducida en la etapa preescolar, incrementándose en la adolescencia, siendo en ésta más frecuente en niñas que en niños.

TABLA I. Fases del desarrollo cognitivo

Menor de 3 años	De 3 a 6 años	De 6-7 años a 12-13 años	Mayor de 12-13 años
Primera infancia Inteligencia sensoriomotriz Conducta refleja	Segunda infancia Etapa preoperatoria Ampliación del entorno	Inteligencia operatoria Esquemas lógicos Rápido desarrollo intelectual Etapa estable en las relaciones	Pensamiento abstracto y asociativo Fase negativa: inestabilidad, oscilaciones anímicas, inseguridad Fase positiva: aparece identidad del propio yo y afectividad del adulto
2-3 años: crisis de terquedad		6-7 años: crisis de 2ª dentición	Crisis del adolescente

Los estudios realizados se refieren principalmente al denominado trastorno depresivo mayor (DSM IV) (Tabla II). La prevalencia aumenta, de forma importante, en algunas subpoblaciones como son niños y adolescentes ingresados por cefaleas, donde puede alcanzar el 40%.

Factores etiopatogénicos

La etiología es multifactorial con una interacción, mayor o menor, de factores genéticos, psicológicos y sociales.

En estudios con gemelos, se ha demostrado una mayor prevalencia de la depresión en gemelos monozigóticos que en dicigóticos y, en estudios familiares, una mayor prevalencia de depresión en padres de niños deprimidos que en la población general, lo que indica unos factores genéticos importantes.

Los niños con depresión tienen antecedentes de mayor vulnerabilidad al estrés, más rasgos de ansiedad y temor ante situaciones nuevas.

Se ha estudiado la estructura familiar, encontrándose tasas más elevadas de desestructuración, conflictos familiares y consumo de tóxicos que en la población general.

Clínica

El cuadro clínico varía según la edad de los niños; no obstante, han de presentar síntomas en estos tres aspectos: disminución del estado de ánimo, inhibición psicomotora y alteración neurovegetativa.

La CIE 10 no hace distinción entre la depresión de los niños y adolescentes y la de los adultos. Los síntomas básicos de la depresión según la CIE 10 son los siguientes: **humor o estado de ánimo deprimido, pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas y disminución de la vitalidad.** Otros síntomas comunes son: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en uno mismo y de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, perspectiva negativa del futuro, pensamientos y actos de autoagresión o suicidas, trastornos del sueño y trastornos del apetito.

TABLA II. Prevalencia de la depresión en niños adolescentes

Grupo de edad	Prevalencia %	Ratio mujer /hombre	Referencia
Prepúberes	0,3-2,5	1:1	Costello et al., 1988 Bird et al., 1989 De Dios et al., 1989
Adolescentes	0,4-8,3	2:1	Frost et al., 1989 Deykin et al., 1987 Angold et al., 1998 De Dios et al., 1989
A lo largo de la vida	15,0-20,0	1,7:1	Lewinsohn et al., 1986 Kessler et al., 1993

Modificado de Weller.

Todos estos síntomas han de agruparse en tres dimensiones superiores, que se estructuran como: disminución del estado de ánimo, inhibición psicomotora y alteración neurovegetativa, expresándose de forma diferente según el nivel de desarrollo del niño.

Características clínicas

Primera infancia

- En la primera infancia es extremadamente difícil diagnosticar una depresión debido al escaso desarrollo madurativo del niño. El único cuadro clínico que pudiera parecerse a una depresión es el síndrome de privación afectiva descrito por Spitz en niños hospitalizados o en orfanatos.

Niñez y adolescencia

- La sintomatología general de la depresión se encuentra, en general, presente de esta forma (Tabla III):
1. **Disminución del estado de ánimo.** Se manifiesta en los siguientes síntomas:

TABLA III. Características clínicas

	Preescolar y escolar pequeño	Escolar mayor	Adolescente
Disminución del estado de ánimo			
<i>Sentimiento de tristeza</i>	Actitud de tristeza	Irritabilidad, disforia	Mayor disforia, refieren tristeza
<i>Autoconcepto negativo</i>	No existe en preescolar Envidia, celos en escolar	Sentimientos de culpa o de inferioridad	Sentimientos de culpa, inferioridad, sin expectativa
<i>Ideas recurrentes de muerte</i>	No existe en preescolar No lo expresan	Más frecuentes, bajo riesgo de suicidio	Frecuentes, alto riesgo de suicidio
Inhibición psicomotora			
<i>Anhedonia</i>	Apatía, aburrimiento Sentimientos de soledad y abandono	Desinterés por el juego y estudios, sentimientos de marginación	Desinterés por salir y estudios, faltan motivaciones
<i>Dificultades escolares</i>	Distraídos, inatentos Dificultad en lectoescritura	Baja el rendimiento Comprensión difícil	Muy difícil la comprensión y captación de información Fracaso escolar
<i>Tendencia al aislamiento</i>	No se relacionan	Se aíslan, no quieren estar con los demás	No quieren salir con los amigos
<i>Cansancio y fatigabilidad</i>	Pérdida de energía Lentitud física	Cansancio, lentitud intelectual	Poco llamativos
Síndrome somático			
<i>Alteraciones del sueño</i>	Sueño inquieto Sueños inquietos, menos profundas	Insomnio frecuente	Insomnio, a veces hipersomnia
<i>Alteraciones del apetito</i>	Raras	50% pierden el apetito	Más intensa, riesgo de anorexia o bulimia
<i>Quejas somáticas</i>	Cefaleas, otras algias Cefaleas, dolor abdominal	Pocas somatizaciones	Muy raras

- *Sentimiento de tristeza.* Los preescolares y escolares pequeños no se quejan, observándose en su actitud tristeza, pasividad, con llanto fácil. A la exploración se muestran callados, no contestan a las preguntas o lo hacen con monosílabos. Los escolares mayores la manifiestan con cierta irritabilidad y mal humor (disforia), manifestando ya que están tristes. En los adolescentes la disforia es mayor, se quejan de sentirse tristes, abatidos. En algunos casos predominan la irritabilidad y la impulsividad que, cuando dominan el cuadro clínico, configuran el cuadro de depresión *impulsivo-irritable*.
- *Autoconcepto negativo.* Es en el que más se nota el desarrollo cognitivo. El autoconcepto es la sensación interna

de autoestima, de valor como persona. En los preescolares y escolares pequeños no existe o lo expresan como envidia, celos hacia sus hermanos, sus padres. Aunque los celos son un estadio normal del desarrollo del niño, y surgen ante el nacimiento de un hermano o ante las manifestaciones de afecto entre los padres, su aparición o exacerbación clara pueden ser indicativos de disminución del estado de ánimo. Los escolares mayores lo expresan como sentimientos de culpa, de pecado, de ser malos, ante actos realizados por ellos y que en sí no tienen ningún significado negativo, o también con sentimientos de inferioridad ante sus compañeros. En los adolescentes ya se expresa de un modo casi adulto, con sentimientos de culpa, de

inferioridad, sin expectativas de futuro y sin preocupación por los estudios o trabajo.

- *Ideas recurrentes de muerte.* En los preescolares y escolares pequeños, por la misma razón que con el autoconcepto, no existen aunque, en ocasiones, lo comentan. Son los padres los que se lo oyen en alguna ocasión. Dado el concepto de muerte que tienen los niños menores de 10 años respecto a que la muerte no es algo definitivo, el peligro de suicidio a estas edades es extremadamente pequeño. Los escolares mayores las presentan con más frecuencia, encontrándose ya en ocasiones algún intento de suicidio. Por último, en los adolescentes las ideas recurrentes en torno a la muerte son muy frecuentes y, dada la inestabilidad e impulsividad propias de la adolescencia, el peligro de conductas suicidas, e incluso de suicidios consumados, es importante.
2. **Inhibición psicomotora.** Abarca una inhibición tanto en el plano psíquico como en el somático o neurovegetativo, y comprende los siguientes síntomas:
- *Anhedonia.* Es la incapacidad para mostrar interés y disfrutar de las actividades cotidianas. Implica una inhibición psíquica y una disminución de la reactividad psíquica general. Los preescolares y escolares pequeños la expresan con apatía, actitud de aburrimiento, no juegan, manteniéndose pasivos sin hacer nada. Al mismo tiempo manifiestan sentimientos de soledad y abandono. Los escolares mayores presentan un desinterés por el juego y por los estudios, a la vez que expresan sentimientos de marginación. Los adolescentes lo manifiestan con desinterés por salir, por la música o por los estudios, pudiendo llegar, en casos intensos, a un auténtico fracaso escolar. Asimismo demuestran, en algunos casos, una gran pérdida de motivaciones que, cuando domina el cuadro, constituye un verdadero subtipo que podría denominarse depresión amotivacional.
 - *Dificultades escolares.* También dentro del plano psíquico, pero a otro nivel, el cognitivo, el niño deprimido presenta dificultades en el terreno escolar. Los preescolares y escolares pequeños se muestran distraídos, inatentos, con dificultades en el aprendizaje de lectoescritura. En los escolares mayores se encuentra una disminución neta del rendimiento y ya manifiestan ciertas dificultades en la comprensión. En los adolescentes esta sintomatología se aprecia con mucha más claridad: la distraibilidad, la dificultad de comprensión, e incluso la lentitud ideacional, que en muchas ocasiones cuentan, les pueden llevar a un fracaso escolar que tiene un origen diferente al anterior, no por falta de motivación, sino por dificultades reales en la comprensión y en la captación de la información.
 - *Tendencia al aislamiento.* La inhibición psicomotora desemboca en el aspecto más humano, el de la comunicación con los demás. Así, los preescolares y escolares pequeños simplemente no se relacionan, la comunicación

con su entorno es pasiva, se limitan a dejarse llevar. Los escolares mayores, en los que la relación con los compañeros es fundamental para su desarrollo, la manifiestan de un modo más activo, retirándose, tendiendo a aislarse, no quieren estar con los demás. Los adolescentes tampoco quieren relacionarse, y se observa de una manera gráfica en el sentido de que no quieren salir con los amigos, prefieren quedarse metidos en casa, en su habitación, tumbados sin hacer nada o escuchando música en el caso de que la anhedonia no sea muy intensa.

- *Cansancio y fatigabilidad.* Es la manifestación de la inhibición en el plano motor. En los preescolares y escolares pequeños se encuentra una pérdida de energía: están tumbados, sin hacer nada e incluso con cierta lentitud física. En los escolares mayores también se observa cansancio y lentitud intelectual y afirman sentirse frenados. En los adolescentes, inmersos en ese proceso de desarrollo acelerado de esta crisis madurativa, esta sintomatología apenas se encuentra.
3. **Alteración neurovegetativa o síndrome somático:** los dos síntomas somáticos más característicos de la depresión del adulto son las alteraciones del sueño y del apetito, en general en el sentido de disminución de ambos.
- *Alteraciones del sueño.* Los preescolares y escolares pequeños muestran un sueño inquieto más que una alteración del ritmo; parece como si lo manifestaran en el plano motor, en inquietud motora, con un sueño más superficial; quizá por ello la prevalencia de enuresis nocturna en el niño deprimido es menor que en la población general. Los escolares mayores muestran ya insomnio frecuente y en los adolescentes el insomnio es la norma. En algunos casos existe hipersomnia que, sumada a una hiperfagia, representaría el cuadro clínico que en el adulto se denomina “*depresión atípica*”.
 - *Alteraciones del apetito.* En general se encuentra una disminución del apetito, siendo poco frecuente en los escolares pequeños y mayores: alrededor del 50% presentan este síntoma. La frecuencia e intensidad son mayores en los adolescentes. La pérdida de apetito intensa puede ser el inicio de una anorexia nerviosa o, en menos casos, puede existir una hiperfagia intensa con peligro de iniciar una bulimia nerviosa.
 - *Quejas somáticas.* Cuanto más pequeño es el niño, más se expresa en el plano motor. Así, los preescolares y escolares pequeños las presentan con mucha frecuencia, sobre todo cefaleas y otros dolores; en ocasiones encopresis, no así enuresis, como se mencionó antes; los escolares mayores tienen quejas somáticas con poca frecuencia, siendo éstas muy localizadas y, en los adolescentes, son muy raras.

Como conclusiones respecto a la clínica de la depresión en niños y adolescentes, puede afirmarse lo siguiente: a medida que

el niño madura, la sintomatología se acerca más a la del adulto; el niño pequeño se expresa más a través de síntomas “somáticos”; el adolescente presenta una sintomatología más próxima al adulto, con dos formas clínicas: depresión amotivacional y depresión impulsivo-irritable.

Comorbilidad

La depresión en el niño se asocia, sobre todo, con los trastornos de ansiedad y, en los adolescentes, con los trastornos de conducta. En todos, con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La depresión presenta una gran comorbilidad. A veces desencadena otros cuadros clínicos, posiblemente por la disminución de resistencia al estrés que provoca. En otras ocasiones existe una psicopatología común, encontrándose más de un trastorno al mismo tiempo o a lo largo de su evolución. Por último, predispone a otros trastornos que, aunque no puedan considerarse comórbidos, surgen a lo largo de la vida.

- Los preescolares presentan con bastante frecuencia trastornos de ansiedad comórbidos, con los que les une la psicopatología y la fisiopatología (alteraciones de los neurotransmisores, en especial la hipofunción serotoninérgica). El trastorno por ansiedad comórbido más frecuente es el trastorno por angustia de separación.
- En los escolares son comórbidos también los trastornos de ansiedad, tanto el de angustia de separación como el de ansiedad generalizada. Otros trastornos son los trastornos de conducta, posiblemente en relación con la irritabilidad depresiva y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Los adolescentes presentan igualmente trastornos de conducta, abuso de drogas, así como trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, ¿obesidad?).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la entrevista con el paciente y sus padres y la utilización de cuestionarios específicos.

El diagnóstico debe basarse en una minuciosa entrevista en la que se valorará la sintomatología clínica contemplada desde el punto de vista evolutivo. Se deben investigar el inicio y evolución de los síntomas así como posibles factores desencadenantes, el desarrollo de las capacidades cognitivas y, en general, la influencia que los síntomas tienen en el niño o adolescente, cómo afectan a las relaciones con la familia y compañeros así como a su rendimiento escolar. Es por ello importante, además de entrevistar a los padres, recabar informes del colegio.

En ocasiones, puede ser necesaria la utilización de cuestionarios específicos separando las respuestas obtenidas de las distintas fuentes (adolescente, padres y colegio) que, en muchas ocasiones, presentan notables diferencias. Entre los cuestionarios más utilizados están la escala DICA (*Diagnostic Inventory for Children and Adolescents*) basada en los criterios DSM IV, la CDI

(*Children's Depression Inventory*), de Kovacs y la CDRS (*Children Depression Rating Scale*), de Poznanski.

Diagnóstico diferencial

Existen diversas patologías que pueden presentarse como depresión o simularla. Entre éstas se incluyen determinadas enfermedades infecciosas (mononucleosis infecciosa), neurológicas (epilepsia, lesión craneal) o trastornos endocrinos (diabetes, hipertiroidismo).

Hay que tener en cuenta que cualquier enfermedad somática puede desencadenar una depresión si modifica mucho la calidad de vida del niño, o bien puede despertar la base biológica de la depresión si el niño tiene factores de riesgo genéticos.

Evolución

Los estudios realizados son aún escasos, pero puede afirmarse que evolucionan hacia la recurrencia en un 30%, hacia la desaparición de la sintomatología en un 20%; persisten los síntomas depresivos, durante varios años, en un 40%, y evolucionan hacia el trastorno bipolar el 10% (posiblemente este tipo de depresión habría que considerarla como la primera forma de manifestar la bipolaridad).

Tratamiento

El tratamiento ha de ser multidimensional y dependerá de los factores etiológicos predominantes.

1. **Tratamiento aplicado al niño.** Consiste en dos modalidades complementarias: el tratamiento farmacológico y la psicoterapia.

- **Tratamiento farmacológico.** Hablar de tratamiento farmacológico para la depresión en la infancia, en estos momentos, es casi una falacia debido a que ninguno de los fármacos antidepresivos está autorizado para tratar la depresión en la infancia y la adolescencia debido a la posible existencia de efectos secundarios graves (aparición de ideación y/o conductas suicidas). Su utilización debería quedar reservada exclusivamente al psiquiatra y sólo en aquellos casos en los que sea estrictamente necesario. No obstante, su conocimiento y dosificación son importantes para los pediatras (Tabla IV).

Los antidepresivos actualmente disponibles en el mercado son los siguientes:

- Antidepresivos tricíclicos: imipramina, clomipramina. Poco utilizados por sus muchos efectos secundarios. Conviene monitorizar la actividad cardiaca.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): más seguros y con menos efectos secundarios. Aunque no estén aprobados para tratamiento en niños y adolescentes, existen muchos trabajos que avalan su eficacia en estas edades (no hay experiencia en preescolares).

TABLA IV. Dosificaciones de medicamentos antidepresivos

ISRS	Dosis comienzo	Dosis mantenimiento
Fluoxetina	10 mg/día	20-40 mg/día
Fluvoxamina	25 mg/día	50-100 mg/día
Paroxetina	10 mg/día	0-30 mg/día
Sertralina	25 mg/día	50-100 mg/día
Citalopram	10 mg/día	20-30 mg/día
Tricíclicos		
Escolares	10 mg/12 h	2-5 mg/kg/día
Adolescentes	25 mg/12 h	2-5 mg/kg/día

- **Psicoterapia.** La aplicación de una técnica de psicoterapia en la depresión en la infancia y la adolescencia es importante a fin de corregir una serie de ideas y conceptos arraigados en aquellos niños que han experimentado una depresión, como la idea de infravaloración, el pensamiento de que no saben o no pueden enfrentarse con determinadas situaciones, etc. La mejor técnica es la terapia cognitivo-conductual (TCC). Dicha psicoterapia se debe aplicar cuando el paciente haya mejorado sustancialmente de su depresión ya que, cuando una persona está deprimida, la psicoterapia no le llega. Asimismo, es conveniente para prevenir recaídas y para que el niño o adolescente adquiera estrategias de afrontamiento al estrés.
2. **Familia.** El tratamiento familiar es fundamental, debido a que el niño depende de su familia, tanto más cuanto menor es. Se debe explicar detenidamente la enfermedad, sus síntomas y su evolución, con una orientación de cómo deben tratarle, así como tratar la psicopatología de los padres, si existe.
 3. **Colegio.** Dado que el niño pasa la mayor parte del día en el colegio, es importante la orientación a los profesores de lo que le pasa, así como explicar algunas normas acerca de cómo tratarle (refuerzo positivo, no exigir lo que a los demás cuando la depresión esté en su máxima intensidad, etcétera).

Papel del pediatra de Atención Primaria

El pediatra es, con frecuencia, el primer profesional al que los padres consultan sobre la sintomatología que su hijo presenta. El principal punto a definir es si los síntomas pueden ser normales para la edad del niño ya que, con frecuencia, los adolescentes sienten las cosas de forma muy intensa y tienen grandes variaciones de humor propias de la edad que, unidas a su dificultad para verbalizar algunos sentimientos, pueden hacer pensar en un problema depresivo.

Una vez establecido el diagnóstico de trastorno depresivo, el siguiente paso es valorar si la reacción del niño o adolescente es apropiada a la situación. Si la depresión es leve, programar

unas visitas de discusión con el niño y sus padres, establecer métodos que reduzcan el estrés y reforzar activamente al niño puede ser suficiente.

Cuando la sintomatología sea muy intensa, existan ideas suicidas, signos psicóticos o asociación a otras patologías psiquiátricas, es obligado derivar el niño o adolescente al psiquiatra infantil.

SUICIDIO Y TENTATIVAS DE SUICIDIO

Introducción

El suicidio y las tentativas de suicidio suelen ser la vía final de problemas en el adolescente, pero no siempre.

Las conductas autolíticas constituyen la vía final común en la que desembocan una serie de problemas del adolescente. El conocimiento de estos problemas y un manejo adecuado de ellos puede evitarlas; no obstante, en muchos casos pasan desapercibidos o permanecen ocultos hasta que surge, de un modo explosivo, una conducta autolítica más o menos grave.

Este tipo de conductas se manifiestan de diversas formas, desde el suicidio consumado hasta la simple verbalización de ideas de muerte; asimismo, las intenciones varían, desde la firme determinación de acabar con la propia vida hasta el deseo de huir de una situación desagradable o de modificar un ambiente opresivo.

En un cierto número de conductas autolíticas de los niños y adolescentes no se van a encontrar cuadros psicopatológicos identificables y diagnosticables con los manuales al uso (DSM IV, CIE 10). González Seijo encontró que el 35,2% de los adolescentes con tentativa autolítica no presentaban diagnóstico psiquiátrico alguno y, en el 18%, el diagnóstico fue de trastorno de adaptación, diagnóstico poco concreto.

También hay que tener en cuenta que en la adolescencia es bastante frecuente que las tentativas autolíticas sean repentinas e impulsivas; el 60% de las tentativas autolíticas suelen ser repentinas, sin planificación previa.

Epidemiología

La prevalencia del suicidio ha aumentado de tal forma que llega a ser, en algunos países, la segunda causa de muerte en jóvenes.

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio han ido aumentando con los años, de tal manera que en los EE.UU. es la segunda causa de muerte, entre 15 y 19 años, desde 1990. En España, la conducta suicida en niños provoca el 40% de los ingresos paidopsiquiátricos, según Mardomingo y Catalina. En los suicidios consumados hay un predominio de varones, pero en las tentativas de suicidio predomina el sexo femenino en una proporción de 2-3/1.

Factores etiopatogénicos

Los diferentes factores patogénicos no sólo pueden ser causa de suicidio, sino también desencadenantes de las tentativas de suicidio.

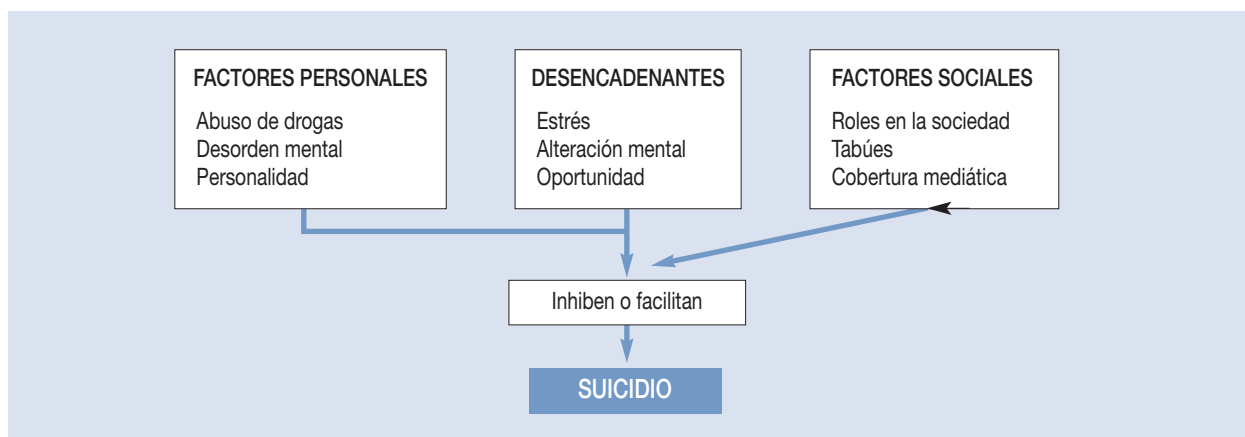


FIGURA 1. Influencia en la conducta suicida.

Son muy diversos y generalmente es necesaria la conjunción de varios de ellos para provocar dicha conducta. Podrían resumirse en los siguientes:

1. **Factores biológicos.** Sobre todo la disfunción serotoninérgica (en relación con la depresión, la impulsividad y la conducta violenta).
2. **Factores familiares de riesgo.** Se ha relacionado la conducta suicida con una disfunción o estrés familiar condicionada por una historia familiar de suicidio, de trastorno psiquiátrico (principalmente depresión), abuso de tóxicos, etc.; un ambiente familiar estresante por cambios o amenaza de cambios en el sistema parental por separaciones, divorcio, viudez; un ambiente familiar con violencia y agresividad entre sus miembros, con abusos físicos o sexuales, y negligencia educativa.
3. **Factores de riesgo personal.** Se han estudiado determinados rasgos psicológicos en los adolescentes con conducta suicida: impulsividad, cólera, existencia de reacciones emocionales intensas, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para demorar acciones, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, de soledad, de rechazo. También son factores de riesgo la asociación de suicidios con toxicomanías y trastornos mentales y el distrés emocional, importante sobre todo en la conducta suicida impulsiva.
4. **Factores sociales.** Las presiones académicas, fracaso escolar, estrés escolar, etc., y la influencia de los medios de comunicación, son importantes por el posible efecto de imitación o de facilitación de conductas; igualmente se ha encontrado un nivel socioeconómico bajo (hacinamiento, déficit socio-cultural, marginación...) como factor de riesgo.

Estos factores pueden actuar también como precipitantes de la tentativa autolítica, ya que en diversos estudios se han encontrado como principales factores desencadenantes factores sociofamiliares (discusión con los padres y/o amigos, ruptu-

ra de pareja, etc.), factores escolares (estrés por exámenes, fracaso escolar) y patología psiquiátrica (trastornos de adaptación, depresión) (Fig. 1).

Clinica

La sintomatología clínica dependerá del método utilizado en la tentativa y de la patología mental de fondo.

Desde el punto de vista clínico, los síntomas que aparecen en primer plano son los propios de la intoxicación, hemorragia, fracturas, etc., según el método utilizado. En el fondo se observa una disminución del estado de ánimo, ciertas ideas de suicidio, sentimientos de culpa, así como los factores desencadenantes (conflictos familiares, sentimientos de inutilidad, etc.).

La comorbilidad más frecuente es la depresión, seguida de los trastornos de adaptación y, por último, los trastornos de personalidad.

Manejo del niño y del adolescente suicida

El manejo terapéutico requiere una actuación urgente y tratamiento a corto y a largo plazo. Bien hecho, se convierte en una importante medida preventiva.

El manejo ha de ser muy cuidadoso, ya que una buena actuación significa, a su vez, una prevención de futuras tentativas. Es fundamental elaborar una estrategia de tratamiento que abarque 3 etapas: evaluación cuidadosa del paciente, intervención inmediata y a corto plazo, e intervenciones a medio y largo plazo.

Evaluación de urgencia

En el Servicio de Urgencias del Hospital, o en el centro de Atención Primaria. El primer paso a dar estará dirigido a salvar la vida del paciente y a solucionar las lesiones y secuelas somáticas que hayan surgido o puedan surgir como consecuencia del acto. Posteriormente se remitirá al psiquiatra, quien hará una evaluación psiquiátrica de urgencia encaminada a valorar la gravedad de la tentativa y la posible reincidencia, a fin de plantear el ingreso hospi-

talario o no. Como indicadores de hospitalización están: alta letalidad de la tentativa, planificación, obstáculos puestos por el paciente para los demás, existencia de patología psiquiátrica subyacente (depresión grave), falta de apoyo familiar, trastornos psiquiátricos en los familiares, situación caótica de la familia, etc.

Tras esta evaluación psiquiátrica se lleva a cabo la primera intervención psiquiátrica, para decidir si se ingresa al paciente en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, o si se remite a su domicilio con la indicación de que acuda con preferencia al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil que le corresponda.

En los casos de tentativa autolítica grave o de alto riesgo de recidiva, la hospitalización psiquiátrica es obligatoria, donde se realizará la evaluación psiquiátrica global y se tratará la patología psiquiátrica existente, la problemática familiar, escolar, social y/o personal que provocaron la tentativa.

En los casos en los que la tentativa no fue grave, o la patología psiquiátrica no se ha podido identificar, o no se pueda valorar con precisión el ambiente familiar o social, se ingresará en la Unidad de Hospitalización Breve, donde el paciente estaría contenido y donde se podría realizar la evaluación psiquiátrica global más profunda.

Si la tentativa es leve, o no se aprecia patología psiquiátrica o ésta no es grave, si no hay un deseo real de muerte en la realización de la tentativa, o si se encuentra un buen apoyo familiar, cabe remitir al paciente a su domicilio, pero con la indicación de que acuda al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil en las siguientes 24-48 horas.

En la primera evaluación psiquiátrica, además de tomar la decisión de ingresar o no, hay que realizar dos intervenciones capitales para el tratamiento y evolución del paciente: entrevista con el paciente y entrevista con la familia.

La **entrevista con el paciente** es vital de cara a cualquier intervención posterior. El adolescente suicida se muestra en general reacio a ser interrogado, se muestra esquivo y desconfiado. Hay que mostrarse receptivo, interesándose por su situación, por sus sentimientos en torno a la tentativa, con respeto a sus opiniones y no emitiendo juicios de valor.

La **entrevista con la familia**, los padres en particular, es también fundamental. Toda conducta suicida reaviva conflictos familiares más o menos ocultos y más o menos controlados, surgiendo reacciones o actitudes que pueden no ser positivas. En dicha entrevista se desculpabilizará a los padres, así como, con una explicación coherente de la conducta de su hijo, se buscará una actitud colaboradora y constructiva de cara al tratamiento posterior.

Tratamiento a corto plazo

El tratamiento a corto plazo debe ser multimodal, dirigido al paciente, familia y entorno más próximo (amigos, pareja, etc.).

- **Paciente.** Las intervenciones sobre el paciente han de abarcar: tratamiento de la patología psiquiátrica y apoyo psico-

terapéutico encaminado a contener al paciente evitando otra tentativa, a lograr una buena comunicación y empatía para asegurar la adhesión del paciente al tratamiento, y a iniciar la psicoterapia que requiera a largo plazo.

- **Familia.** Tras la primera entrevista con la familia, los objetivos a corto plazo son intentar que la familia consiga recuperarse de la conmoción sufrida con la tentativa.
- **Entorno próximo (amigos, pareja, etc.).** Considerando que en casi la mitad de los casos los desencadenantes son discusiones con padres, amigos o rupturas de pareja, es conveniente, si se puede conseguir, entrevistarse con los amigos y/o la pareja a fin de evitar que, cuando el paciente tenga que enfrentarse de nuevo con estas personas, se haya reducido la carga de estrés que provocó la tentativa.

Tratamiento a largo plazo

Debe llevarse a cabo en el centro de salud mental y ha de abarcar todos aquellos factores de riesgo y desencadenantes, siguiendo un esquema encaminado a prevenir nuevos intentos.

En general, los factores que habría que tratar a largo plazo son los mismos que a corto plazo, reforzando más aquellos referentes a su personalidad, a la patología psiquiátrica, si existe, y a las dificultades familiares. En definitiva, como afirma McClure, el objetivo último del tratamiento sería el desarrollo armónico de la personalidad del adolescente, potenciando su dignidad de persona e impulsando el plan de cada sujeto para autorrealizarse.

Prevención primaria

Los pediatras de Atención Primaria y médicos de Familia tienen un importante papel en la prevención del suicidio, pues hay estudios que demuestran que el 50% de los suicidas menores de 25 años habían consultado con el profesional de Atención Primaria en los 3 meses previos al intento.

Como medida preventiva se incluye el seguimiento exhaustivo de los jóvenes de alto riesgo, como son los que han presentado una tentativa previa o tienen depresión. Asimismo, es importante reconocer las enfermedades mentales y recomendar un tratamiento precoz de las mismas, especialmente de la depresión. Por último, los profesionales de Atención Primaria deben limitar el acceso a métodos peligrosos como los antidepresivos tricíclicos. No hay que olvidar que el pediatra de Atención Primaria presenta una accesibilidad que le permite crear una adecuada empatía con el niño y su familia, haciendo un seguimiento cercano del cumplimiento terapéutico o, en los casos de riesgo, una rápida derivación al psiquiatra.

DUELO

El duelo no es una enfermedad por sí mismo. Sus manifestaciones dependen del desarrollo del niño y adolescente.

El duelo es la reacción que experimenta una persona ante el fallecimiento de un ser querido. El duelo no es una enfermedad

por sí mismo, pero puede producir una enfermedad o predisponer a ella. En los niños, el duelo no es sólo ante la pérdida de un progenitor, sino también de los abuelos, especialmente si convivían con él, o de los hermanos.

El concepto de muerte es abstracto y complejo, por lo que abordarlo y comprenderlo depende de aspectos como la edad, nivel sociocultural, nivel de desarrollo evolutivo, educación, religión, etc.

Generalmente, por debajo de los 5 años, el niño no entiende que la muerte es irreversible, definitiva y permanente y que es universal (todos debemos morir). Hacia los 5-7 años se establece un “rudimentario” concepto de muerte y hacia los 9-10 años el concepto se asemeja al de los adultos, aunque no creen que alguien cercano pueda morir.

Las reacciones en los niños a la pérdida de un progenitor, reacción de duelo más frecuente y estudiada, tiene orígenes biológicos, observándose tanto en los grandes primates como en los seres humanos. La cultura, entendida ésta en sentido amplio (religión, aprendizajes, tradición) y el propio concepto acerca de la muerte por el propio niño, concepto que se va adquiriendo a lo largo de la maduración, pueden modificar sus manifestaciones.

La intensidad de la reacción de duelo dependerá de la proximidad afectiva, siendo en general más intenso cuando es la madre y no el padre, sobre todo en los más pequeños, o si existen identificaciones con el progenitor fallecido. Existen factores de riesgo que incrementan la intensidad del duelo, pudiendo transformarlo en patológico. La corta edad del niño, el que sea una niña, el retraso mental, la muerte repentina o la existencia de pérdidas anteriores favorecen la aparición de duelos patológicos.

Las reacciones de duelo varían dependiendo del nivel de desarrollo del niño:

- Los **niños pequeños** manifiestan síntomas de ansiedad de separación o de disminución del ánimo que se manifiestan con regresiones de hábitos establecidos, retraimiento, anorexia, etc. A estas edades sobreviene una interrupción del vínculo establecido por el niño pero, como son incapaces de diferenciar la pérdida temporal de la permanente, el niño lo transfiere a otra persona que se ocupe de él; pero si no aparece esta persona, o el vínculo que establece con ella es inseguro (frecuentes separaciones, mala calidad afectiva), favorece la aparición de trastornos emocionales, trastorno por angustia de separación, trastornos depresivos y, al llegar a la adolescencia, trastornos disociales.
- Los **escolares** pueden entender mejor lo que supone la muerte, por lo que los efectos de la pérdida son menos acusados, salvo que existan factores de riesgo.
- En los **adolescentes**, tras la pérdida, en pleno proceso de individualización y consecución de la autonomía, pueden surgir sentimientos de culpa y de rabia, así como reacciones depresivas con riesgo de suicidio; en general, suelen presentar problemas de conducta y disminución del rendimiento escolar.

Para evitar el duelo patológico, o para que éste sea lo menos intenso posible, hay que tener en cuenta:

- El grado de comunicación de la familia sobre la muerte del progenitor: a mejor comunicación, menos duelo.
- El duelo del progenitor que ha enviudado: a menor duelo de éste, menor será el de su hijo.
- La preparación para el fallecimiento: si se ayuda al niño a comprender lo que va a ocurrir, si se fomenta la relación del niño con el progenitor que va a fallecer, o en niños pequeños, si se va estableciendo otro vínculo, el duelo será menor.

Tratamiento

Incluye:

- **Terapia cognitiva:** que trabaja con el pensamiento del niño o adolescente.
- **Terapia conductual:** trata, mediante modificación conductual, las alteraciones de la conducta infantil.
- **Terapia familiar:** trabaja la elaboración del duelo sano para aceptar las emociones vivenciadas en relación con el padre fallecido, manejando la culpa y trabajando la idealización del fallecido.

BIBLIOGRAFÍA

- Catalina Zamora ML, Hernández Almarza P, Mardomingo MJ. Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Estudio prospectivo de 6-10 años. Arch Neurobiol 1998; 61 (2): 133-141.
- De Dios de Vega JL, González Seijo JC, Ramos Vicente Y, Lastra Martínez I. Tentativas de suicidio en adolescentes. XVI Reunión Soc Esp Psiq Biol Vitoria, 1991*.
- De Dios de Vega JL. Depresión y suicidio en la adolescencia. Monog Psiq 1992; 4 (2): 23-28*.
- Diekstra RFW. Suicidal behaviour in adolescents and young adults: the international picture. Crisis 1989; 10: 10-35*.
- Gastaminza Pérez X, Vacas Moreira R, Ros Montalbán S. La conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En: La conducta suicida, Coord. S. Ros Montalbán. Ed Libro del Año, 1997*.
- González Seijo JC. Tentativas de suicidio en la adolescencia. *Tesis doctoral 1995 Publ. Univers. Compl. Madrid.
- Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Manual de Psiquiatría Infantil muy completo y de clara lectura sobre el tema. Madrid: Díaz de Santos, 1994. ***Trata el tema con datos clínicos muy prácticos basados en la experiencia clínica.
- Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. British Medical Bulletin 2001; 57: 47-60. **Interesante revisión del tema con un planteamiento práctico.
- Elliot GR, Smiga S. Depression in the child and adolescent. Pediatr Clin North Am 2003; 50: 1093-1106. ***Revisión completa de la depresión que incluye la etapa prepúber sin olvidar aspectos legales.
- Weller EB, Weller RA. Depression in adolescents: growing pains or true morbidity? Journal of Affective Disorders 2000; 61: 9-13. *Recoge los diversos cuestionarios diagnósticos.

Caso clínico

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 9 años, que acude a consulta por disminución del rendimiento escolar y problemas de conducta, que han aumentado en los 3 últimos meses.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientado en tiempo y espacio. Facies triste, escasa mímica. Responde a las preguntas con cierta lentitud y utilizando pocas palabras.

Refiere no tener ganas de estudiar, de hacer los deberes, en clase se distrae y no presta atención, se aburre. En la última evaluación sólo aprobó 4 asignaturas de 10, habiendo ido normal anteriormente. En casa suele estar tumbado mirando la TV, sin jugar apenas “ni con la Play Station”, que le apasionaba.

A veces le encuentran llorando “no sé por qué”, “me dan pena mis padres”. Prefiere estar solo aunque se ha vuelto mucho más mimoso. Sin ideación autolítica.

Cuando le mandan algo se pone nervioso y contesta de malos modos: “no me da la gana”, “déjame en paz”, llegando a tirar al suelo lo que tenga en la mano y, en una ocasión, salió de casa corriendo muy enfadado. En el colegio, si no le molestan, permanece callado en su mesa sin hacer nada, pero si le reprenden se altera, enfrentándose a los profesores, habiendo sido expulsado de clase en tres ocasiones.

Presenta dificultades para dormir; duerme mal, da muchas vueltas en la cama y se levanta ya cansado. Asimismo, ha perdido el apetito, con una pérdida de peso de 2 kg en los últimos meses.

En una ocasión le llevaron a urgencias por dolores abdominales, no encontrando nada en la exploración. En urgencias se mostró muy alterado, protestando por todo.

ANAMNESIS

Es el mayor de dos hermanos; el segundo es varón sano, de 7 años.

Embarazo y parto normales. Buen reflejo de succión. Lactancia materna: 1 mes, interrumpiéndose por mastitis. Aceptó bien el cambio a lactancia artificial. De bebé era tranquilo: “comer y dormir”.

Primeros pasos y primeras palabras al año, con desarrollo normal.

Comienzo de la escolaridad a los 3 años; los primeros días lloró mucho al separarse de su madre e incluso vomitó en alguna ocasión. Posteriormente se adaptó bien y no presentó problemas de relación con compañeros y profesores. Adquisición de la lectura y escritura sin problemas, aunque no le gustó estudiar nunca. Fue aprobando los cursos de modo regular hasta el curso pasado, que llegó a suspender alguna asignatura y a estar algo rebelde.

El ambiente familiar ha sido conflictivo siempre por el alcoholismo del padre, pero se agravó el curso pasado con separación del matrimonio hace 5 meses. Sin antecedentes de depresión en la familia. Una tía materna tiene crisis de ansiedad.

JUICIO DIAGNÓSTICO

De acuerdo con la CIE 10, este paciente presenta un episodio depresivo leve-moderado, cuya sintomatología esencial es la anhedonia, con disminución del rendimiento escolar, e irritabilidad, con trastornos leves de conducta.

Como factores etiopatogénicos figuran los conflictos familiares que culminaron con la separación parental, próxima al comienzo de la depresión.

TRATAMIENTO

Dada la no autorización de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en la depresión del niño y del adolescente, y de la no excesiva gravedad del cuadro, se inicia un tratamiento psicoterapéutico con el niño, enfocado principalmente en la anhedonia, buscando motivaciones externas a corto plazo y ayudándole a elaborar la separación de los padres. Asimismo, se realizan con la madre unas intervenciones para implicarla en el tratamiento de su hijo, con refuerzos positivos y una mayor atención por su parte, así como también sobre el tema de la separación.

Teniendo en cuenta que, etiopatogénicamente, su depresión está muy relacionada con la problemática familiar, la psicoterapia en el niño y el apoyo a la madre pueden ser suficientes para resolver el cuadro. Si la sintomatología fuera más intensa, o existiera ideación autolítica o síntomas psicóticos, el tratamiento farmacológico tendría que ser necesario, con una monitorización estricta, al menos durante los primeros meses.

Preguntas de evaluación

PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *La sintomatología clínica de la depresión, en los niños y adolescentes, se caracteriza por:*
 - a) Ausencia de autoconcepto negativo, especialmente en la adolescencia.
 - b) Aumento de la sintomatología somática con la edad.
 - c) Inhibición psicomotora presente incluso en la edad pre-escolar.
 - d) Las ideas de muerte no aparecen hasta la adolescencia.
 - e) Es rara la irritabilidad como manifestación de depresión.
2. *Sólo una de estas aseveraciones es cierta con respecto a la depresión:*
 - a) La depresión en la infancia es una entidad benigna.
 - b) No es frecuente la asociación con otras patologías psiquiátricas.
 - c) El diagnóstico de la depresión se basa en cuestionarios validados.
 - d) La terapia conductual cognitiva es el tratamiento psicoterápico más utilizado.
 - e) Los ISRS son el tratamiento de elección por su demostrada eficacia.
3. *Respecto al suicidio en la infancia y adolescencia:*
 - a) La prevalencia del suicidio ha disminuido en la última década.
 - b) Es excepcional la tentativa de suicidio sin premeditación.
 - c) La comorbilidad con la depresión es la más frecuente.
 - d) El tratamiento de la tentativa de suicidio rara vez previene una nueva tentativa.
 - e) Es muy dudoso el papel del profesional de Atención Primaria en la prevención del suicidio.
4. *En el tratamiento de la tentativa de suicidio es cierto que:*
 - a) La alta letalidad de la tentativa y la planificación son indicaciones de ingreso hospitalario.
 - b) Toda tentativa requiere ingreso, en unidad de corta estancia, para su evaluación.

- c) La entrevista con el adolescente, en el primer momento, resulta poco eficaz.
 - d) El tratamiento a corto plazo se centra exclusivamente en el adolescente.
 - e) La entrevista con la familia y entorno tiene un escaso valor terapéutico para el futuro.
5. *Respecto al duelo en la infancia es cierto que:*
 - a) Es una enfermedad en la mayoría de casos.
 - b) La intensidad del duelo depende de la proximidad afectiva del fallecido.
 - c) No existen factores predisponentes para presentar un duelo patológico.
 - d) El niño pequeño no muestra ansiedad por no entender el concepto "muerte".
 - e) Existe escasa relación entre el duelo del progenitor y el del niño.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. *¿Qué aspectos clínicos definitorios de depresión están presentes?*
 - a) Disminución del estado de ánimo.
 - b) Inhibición psicomotora.
 - c) Dificultades escolares.
 - d) Sintomatología neurovegetativa.
 - e) Todas las anteriores.
2. *¿Qué aspectos clínicos podrían hacer pensar en TADH?*
 - a) Disminución del rendimiento escolar.
 - b) Falta de atención en clase.
 - c) Trastornos del sueño.
 - d) Trastornos del apetito.
 - e) a) y b) son ciertas.
3. *¿Qué papel puede jugar el pediatra en el tratamiento?*
 - a) Instaurar tratamiento con antidepresivos.
 - b) Realizar terapia cognitiva conductual.
 - c) Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
 - d) Priorización de la derivación al especialista.
 - e) La c) y d) son ciertas.