

Depresión en la infancia: nuevos retos diagnósticos.

Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Quilis Olivares J, Pomares Martínez T, Tudela Torras P, Pérez Longas B, Pedrós Roselló A.

• Introducción

La semiología de la depresión en el niño ha sido objeto de numerosos debates centrados en dos preguntas: ¿Es específica de la infancia? ¿Es estable a través de los años?.

Numerosos autores han propuesto listas de síntomas tales como la propuesta por Weinberg: humor disfórico, autodepreciación, comportamiento agresivo, trastornos del sueño, modificaciones del rendimiento escolar, retraimiento social, modificación de la actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de la energía habitual, modificación inhabitual del apetito y peso.

Generalmente los episodios depresivos en la infancia transcurren tras acontecimientos que tienen valor de pérdida (mudanza, muerte de un amigo...). Si bien es cierto que podemos encontrar enlentecimiento psicomotor (presentación como niño excesivamente sensato), es más común que la presentación tenga lugar como episodios de agitación y rabietas. Los momentos de agitación alternan con ensimismamiento.

La depresión infantil se encuentra infradiagnosticada en nuestros días debido a una falta de un conocimiento más profundo de la misma, además de por la elevada comorbilidad que presenta en nuestros días con el TDAH (0-57%), con los trastornos de ansiedad (30-75%) y con los trastornos de conducta (21-83%). Por tanto, un mayor conocimiento de esta patología es necesario en la formulación diagnóstica y el tratamiento apropiado para estos pacientes.

• Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 8 años de edad, que acude a la unidad de salud mental de niños y adolescentes en Westminster CAMHS en Londres en Junio de 2016 por trastornos de conducta.

La derivación la realiza el Colegio donde el paciente acude desde que tiene 6 años, por presentar dificultades sociales y emocionales, problemas en el lenguaje así como dificultades en el aprendizaje crecientes.

• Nota sociobiográfica

Familia natural de Marruecos, el paciente nació en España junto con el resto de sus hermanos. Es el tercero de una fratria de 5 hermanos, el más pequeño de ellos tiene 4 meses, y nació en Inglaterra. La familia se traslada cuando el paciente tiene 6 años a Inglaterra por motivos laborales del padre, habiendo realizado una adecuada preparación al paciente del traslado. Inicialmente buena adaptación al nuevo hogar, aunque pendientes de ser reubicados en otra vivienda por las condiciones precarias de la vivienda actual en Londres. Servicios sociales se encuentran involucrados con esta familia debido al hacinamiento en la vivienda y la falta de condiciones higiénicas de la misma.

• Historia académica.

Acude a la guardería desde los 4 meses, curso la mitad del curso de primero de primaria en España, posteriormente se trasladaron a Inglaterra, sin previos conocimientos inglés ni del paciente, ni de la familia. No mostró dificultades en el ámbito académico en España, aunque nunca llegó a escribir correctamente por la limitada edad en la que se marchó.

Desde su llegada a Inglaterra, el paciente no es capaz de realizar las tareas que se le piden en parte por la dificultad idiomática, y es capaz de realizarlas si tiene soporte visual.

• Historia del desarrollo

Embarazo dentro de la normalidad salvo parto prematuro a las 34 semanas por lo que pasó los dos primeros meses de vida en la UCI neonatal por un soplo cardíaco resuelto en la actualidad. Hitos del desarrollo dentro de la normalidad. Niño social desde la infancia, sonrisa social apropiada, buscaba a los niños en el parque, jugaba con otros niños, buenas relaciones sociales en España.

Cuando llega aquí (tras la observación en la escuela por parte de uno de nuestros psicólogos clínicos) el paciente busca interactuar con el resto de niños, no obstante con ciertas dificultades en las habilidades sociales.

Camina a los 12 meses, habla a los 10 meses, control de esfínteres completo a los 24 meses. Lactancia materna hasta los 2 años de edad.

• Antecedentes somáticos

Soplo cardíaco resuelto en la actualidad, pies planos en seguimiento por traumatología.

• Enfermedad actual

La madre refiere que al inicio de trasladarse de España el paciente estaba feliz y contento por reencontrarse con su padre, y en el colegio tenía un amigo que hablaba español con el que mantenía buena relación. En enero de este año pasado este amigo se marcha a otra escuela y desde entonces el paciente comienza a orinarse en la cama otra vez, comienza a presentar importantes rabietas, alteraciones de conducta, rehúye el contacto social, comienza a desarrollar síntomas como el lavado de manos excesivo, relatan comentarios relacionados con la muerte "me quiero morir, quiero matar al bebe.." y refieren rehúsa a acudir a clase. Al mismo tiempo la casa en la que vivían en España es dada a la venta; y en Inglaterra están pendientes de ser reubicados en una nueva vivienda que cumpla las condiciones de higiene.

En el colegio el paciente presenta importantes dificultades para realizar las tareas y se distrae con facilidad, se muestra agresivo cuando se le dice lo que tiene que hacer en clase. Y responde de manera positiva al refuerzo positivo así como al apoyo visual.

El paciente presenta dificultades sociales tales como falta de contacto visual, tendencia a la repetición de la misma tarea una y otra vez, dificultades para adaptarse a los cambios. Busca el contacto con otros niños aunque no resulta fructífero siendo ciertamente inadecuado.

Además el paciente no puede dormir en toda la noche, presenta despertar precoz a las 5 am y solicita comida que come de manera excesiva durante la noche. Además se orina varias veces durante la noche desde hace unos meses.

• Evaluación.

RCADS realizado con elevadas puntuaciones para trastornos de ansiedad así como del estado de animo.

SDQ realizado con elevadas puntuaciones para problemas del comportamiento así como emocionales.

SCQ puntuó 13 por lo que no se considera elevado riesgo para problemas del espectro autista. Pendiente de realizar un ADOS conveniente así como un estudio cognitivo adecuado.

• Evolución

Se introdujo fluoxetina a dosis bajas apropiadas para la edad, además de apoyo parental basado en el Positive Parenting Program (PPP), así como adaptaciones escolares como es la atención individual y el apoyo con material visual en la escuela.

En las consultas sucesivas el paciente experimentó un cambio significativo y una mejora parcial. Comenzó a dejar de orinarse en la cama, y las alteraciones del comportamiento fueron cediendo de manera progresiva. Así como se obtuvo una mejoría en el rendimiento escolar y en las relaciones con sus compañeros.

• Referencias bibliograficas

- Marcelli D. Manual de psicopatología del niño. 7ª edición. Madrid: Masson; 2007.