

1. Introducción

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés¹. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares².

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.

Debido a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales de atención primaria y especialistas en salud mental infantojuvenil con formación y experiencia en el manejo de este trastorno en este grupo de edad, así como que se pongan a su disposición los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor.

1.1. Prevalencia

Una primera aproximación al problema de la depresión en la infancia y en la adolescencia en España puede realizarse a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), que estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria³. La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años⁴. Otros trabajos también

correlacionan positivamente la depresión con la edad, y se observan porcentajes entorno al 5% entre la población adolescente⁵. Por último, un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%), si bien los autores no especifican si se trata de depresión mayor⁶.

En un estudio realizado en España con 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron atención. En este porcentaje se incluyó también el diagnóstico de trastorno de adaptación, subtipo depresivo. Si solo se incluía el trastorno depresivo mayor y la distimia, la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 7,4% de la muestra total⁷.

Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general⁸ y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años⁹. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes¹⁰⁻¹². Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%¹³, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario¹⁴.

Sexo. En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1¹⁵⁻¹⁷, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad¹⁸. Por otra parte, un estudio longitudinal prospectivo de 10 años de duración en preadolescentes reveló que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años¹⁹ (tabla 1).

Nivel socioeconómico. Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión^{20,21}. Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental²².

Tabla 1. Epidemiología de los trastornos depresivos en niños y adolescentes

	País	Niños	Adolescentes
Prevalencia	EE.UU.	0,4-2,5%	5-8,3%
	España	1,8%	3,4-5%
Cociente mujer: varón		1:1	2:1

Fuente: elaboración propia

Comorbilidades. Estudios clínicos²³⁻²⁵ y epidemiológicos^{26,27} muestran que el 40-70% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta (10-20%). Excepto para el abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra después del comienzo de otros trastornos¹⁰. La presencia de comorbilidades afecta de forma importante en la aparición de depresión resistente, duración del episodio, intentos de suicidio o comportamientos suicidas, nivel de funcionamiento en su vida cotidiana o respuesta al tratamiento^{16,28}.

1.2. Repercusiones de la depresión

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina²⁹⁻³¹. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria^{32,33}, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes^{34,35}. Así, según las estimaciones de la OMS³⁶, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en España el tratamiento farmacológico antidepresivo en el año 2006 supuso un coste superior a los 600 millones de euros, y se dispensaron más de 21 millones de envases clínicos³⁷. Sin embargo, el gasto farmacéutico no supone un coste importante dentro del tratamiento de la depresión de los niños y adolescentes, pues, según un estudio realizado en Lleida (Cataluña), entre los años 2002 y 2004, el porcentaje de pacientes que recibieron algún fármaco antidepresivo fue del 0,4% en niños y del 0,3% en niñas entre 0 y 14 años de edad, mientras que en la franja de edad de 15 a 24 años fue del 1,9% en varones y del 4,2% en mujeres³⁸.

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto-juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.