

Rendimiento académico y depresión

EL NOTORIO INCREMENTO actual de las dos áreas escogidas para asociar en el trabajo **“Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia”**, le otorgan al mismo gran vigencia.

El **rendimiento académico** es un factor preocupante sobre todo en el rango de edades tomado como punto de corte en este trabajo: 15 a 19 años. Un conjunto de razones se han esgrimido para explicar este creciente fenómeno que no guarda relación, estricta ni predominante para explicar el aumento, con la capacidad intelectual de los sujetos incriminados como bien señala el trabajo.

La **depresión**, por otra parte, es un hecho clínico que ha cobrado importancia creciente en los últimos años y que ha recibido también innumerables contribuciones en cuanto a la mejor comprensión de los aspectos psicopatológicos, diagnósticos y terapéuticos.

Desde la creciente convicción científica que la depresión es algo inherente también a niños y jóvenes, pasando por la variedad de factores psicopatológicos que intervienen en ella hasta llegar a los nuevos recursos psicofarmacológicos y psicosociales con que se la trata, tenemos un conjunto de hechos que hablan a favor de una mayor preocupación por el tema y de un mejor conocimiento del mismo, pero a la vez hablan de una preocupación del mundo científico que se vuelca activamente a considerar y abordar la temática porque esta incrementó su representatividad en la realidad cotidiana del clínico y de las instituciones.

No olvidemos que hace treinta años nada más se negaba la depresión en el niño y que los trabajos pioneros de Puig Antich en la década de los 80, en el sentido de la posible continuidad del trastorno desde la infancia y la adolescencia a la edad adulta, fueron de los que pusieron en el tapete la existencia de este fenómeno y tampoco olvidemos que dentro de los trastornos del humor los de tipo bipolar en niños y jóvenes cobraron importancia y lograron credencial de reconocimiento todavía en años más recientes.

La experiencia clínica en cuanto a depresión muestra un comportamiento diferente frente a ciertos fármacos por parte de los prepúberes y de los adolescentes.

Por ejemplo, en los primeros se muestra eficaz un grupo de fármacos que apunta al sistema serotoninérgico, en tanto en los segundos se muestra eficaz un amplio espectro de fármacos que apunta a los sistemas adrenérgico y serotoninérgico.

Este hecho que podría mostrar cierta discontinuidad en términos del desarrollo lo debemos resolver acompañado de la pregunta ¿hasta qué punto esta diferencia en el desarrollo afectivo-emocional del niño habilita a plantear un trastorno clínico?, ya que podría ocurrir algo así como diagnosticar un trastorno del apego cuando el apego aún no se constituyó. Estos son aspectos que exigen un conocimiento científico más avanzado.

Desde el punto de vista de un pediatra se pueden agregar dos consideraciones que en relación al tema adquieren mucha importancia práctica:

- Una de ellas es que la temprana detección de signos de depresión en niños y jóvenes es un elemento que puede operar efectivamente en la prevención del suicidio.
- Otra es que la existencia de los trastornos del humor tipo bipolar exigen un cuida-

doso análisis del diagnóstico diferencial, ya que el uso de antidepresivos en vez de reguladores del humor, como corresponde en estos casos, puede incrementar el riesgo suicida.

La metodología del trabajo es buena, se apoya en instrumentos validados y somete los resultados a criterios de análisis estadístico.

Informa a la vez de otros trabajos que no confirman los resultados del actual, es decir que no encontraron asociación entre rendimiento académico y síntomas clínicos de depresión.

Corresponde señalar que algunos instrumentos de autoevaluación utilizados, como por ejemplo el Child Depression Inventory (CDI), merecen la salvedad que dependen mucho de la visión que el encuestado se “permita” dar de sí mismo y suponen a veces niveles de negación y/o de idealización que distorsionan los resultados. El CDI particularmente es un instrumento que utilizamos, que tiene un valor documental, sobre todo a efectos de controlar la evolución y que no sustituye en absoluto la riqueza del diagnóstico clínico.

Estas discrepancias en los resultados de las investigaciones hablan claramente de la necesidad de proseguir trabajando en las mismas y de buscar instrumentos cada vez más confiables que permitan emitir opiniones más consistentes sobre la asociación propuesta. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, en la clínica diaria uno se plantea que esta asociación es un elemento básico a tener en cuenta.

Una sugerencia quizás útil para profundizar en el análisis del uso de ciertos instrumentos, por ejemplo el CDI, podría ser realizar de manera aleatoria, entre las muestras “negativas” halladas, una contraprueba clínica basada en el estudio clínico profundo y total del caso.

En definitiva, del trabajo surgen algunas conclusiones útiles que el propio trabajo plantea y otras que insinúa y que quizás nuestra Sociedad de Pediatría podría tomar como desafío e impulsar.

Las primeras son:

- Tener presente y evaluar la asociación de signos depresivos y rendimiento académico.
- Establecer programas de asesoramiento a docentes que les permitan detectar signos de depresión en los alumnos para orientar una consulta oportuna.

Las segundas son:

- Fomentar investigaciones multidisciplinarias que evalúen científicamente si las dificultades académicas pueden ser indicadores tempranos de patología psiquiátrica, como se insinúa en un fragmento del trabajo.
- Insistir en el ámbito de la formación pediátrica con la necesidad de pensar en la depresión cuando aparecen tanto dificultades académicas como otras dificultades orientadoras y alertar acerca del cuidado del uso de los antidepresivos en el caso de los trastornos del humor en los cuales es necesario un cuidadoso diagnóstico diferencial para evitar medicar con antidepresivos cuando se trata de trastornos bipolares ya que esa indicación incrementaría el riesgo suicida.

Prof. Dr. Miguel A. Cherro Aguerre